Göttinger Studien
zu den Kriminalwissenschaften

Gunnar Duttge (Hg.)

Das moderne Krankenhaus: Ort der „desorganisierten Kriminalität“?



Universitätsverlag Göttingen

Gunnar Duttge (Hg.)

Das moderne Krankenhaus: Ort der „desorganisierten Kriminalität"?



erschienen als Band 31 in der Reihe „Göttinger Studien zu den Kriminalwissenschaften“ im Universitätsverlag Göttingen 2018

Gunnar Duttge (Hg.)

Das moderne Krankenhaus: Ort der „desorganisierten Kriminalität“?

Göttinger Studien zu den Kriminalwissenschaften
Band 31



Universitätsverlag Göttingen
2018

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Herausgeber der Reihe
Institut für Kriminalwissenschaften
Juristische Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen
Profs. Drs. Kai Ambos, Gunnar Duttge, Katrin Höffler, Jörg-Martin Jehle, Uwe Murmann

Satz und Layout: Alice von Berg
Umschlaggestaltung: Kilian Klapp

http://univerlag.uni-goettingen.de
ISBN: 978-3-86395-317-1
DOI: https://doi.org/10.17875/gup2018-1081
eISSN: 2512-7047

Inhaltsverzeichnis

V. Bericht über die Podiumsdiskussion

Vorwort

Während die Gesundheitspolitik seit Jahren Instrumente und Einrichtungen zur Sicherung der notwendigen Qualität (und Wirtschaftlichkeit) der Leistungserbringer im Gesundheitswesen kreiert, kann der leidtragende Patient insbesondere in einem Großkrankenhaus mitunter eher den gegenteiligen Eindruck von einer „desorganisierten Unverantwortlichkeit" gewinnen. Bei der Hochrangigkeit der betroffenen Rechtsgüter Leben und körperliche Unversehrtheit ist der Ruf nach dem Recht und insbesondere nach dem Strafrecht nicht fern. Dass die Fahrlässigkeitsdogmatik auf die Inverantwortungnahme der Organisationsverantwortlichen gut vorbereitet ist, lässt sich bei näherer Prüfung allerdings nicht behaupten. Vor einer u.U. voreiligen Verdünnung und Entpersonalisierung der Grundsätze strafrechtlicher Zurechnung sollten die den klinischen Alltag prägenden Einflussfaktoren wie auch mögliche Alternativoptionen zum Strafrecht sorgfältig bedacht werden. Der disziplinübergreifende Charakter des Problems bedingt einen interdisziplinären Zugang zu möglichen Lösungsansätzen.

Die in diesem Band versammelten Beiträge resultieren weit überwiegend aus den Vorträgen und Diskussionen der Jahrestagung des Göttinger Instituts für Kriminalwissenschaften im Juli 2016. Zur näheren Beleuchtung der medizinsoziologischen Erkenntnisse über das „Innenleben" der Krankenhauseinrichtungen konnte dankenswerterweise noch ein weiterer Beitrag gewonnen werden (Prof. Vogd). Der Herausgeber dankt allen Autorinnen und Autoren für ihre gewichtigen Beiträge, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern meines Lehrstuhls für wertvolle Unterstützung bei der Ausrichtung der Institutstagung, vor allem meinem wissenschaftlichen Mitarbeiter Martin Gerhard für die tatkräftige redaktionelle Wegbereitung des Bandes, Frau Alice von Berg für das Besorgen des Layouts, dem Institut für Kriminalwissenschaften für die finanzielle Förderung und dem Universitätsverlag Göttingen für die gewohnt zuverlässige Wegbereitung.

Prof. Dr. Gunnar Duttge — *Göttingen, im Januar 2018*

I. Thematische Einführung

Krankenhausorganisation und (Straf-)Recht: Aktuelle Herausforderungen und offene Fragen

Prof. Dr. Gunnar Duttge

1. Die rechtlich defizitäre Situation

Erst vor wenigen Monaten entschied der BGH in Zivilsachen zu Ungunsten des Betreibers einer „Hausnotrufzentrale“: „Wer eine besondere Berufs- oder Organisationspflicht, andere vor Gefahren für Körper und Gesundheit zu bewahren, grob vernachlässigt, kann nach Treu und Glauben die Folgen der Ungewissheit, ob der Schaden abwendbar war, nicht dem Geschädigten aufbürden“[1]. Und stehen in der konkreten Situation tatsächlich Leben und Gesundheit auf dem Spiel, ist stets „der sicherste Weg zu wählen“[2]. Im verfahrensgegenständlichen Fall hatte der zuständige Mitarbeiter trotz Betätigung des Notrufes und offensichtlich dramatischer Lage (Stöhnen des Anrufers) nicht unverzüglich den Rettungsdienst alarmiert, sondern sich darauf beschränkt, einen medizinisch nicht geschulten Mitarbeiter eines privaten Sicherheitsdienstes zu benachrichtigen, der lt. „Interventionsplan“ bloß innerhalb von 45 Minuten am Einsatzort eintreffen musste. Wiederum nur wenige Monate zuvor hatte das LG Heidelberg über die Schadensersatzklage einer Patientin zu befinden, bei der die aufgrund einer Handgelenksfraktur eingebaute Radiusplatte im ersten Operationsversuch nicht ordnungsgemäß entfernt werden konnte, weil der behandelnde Arzt die für eine derartige (als sog. „Kaltverschweißung“ bekannte) Komplikation erforderlichen speziellen Werkzeuge nicht vorrätig gehalten hat. Die

---

[1] BGH NJW 2017, 2108 ff.

[2] Ebd.

Kammer ging unter Befolgung eines eingeholten Sachverständigengutachtens (das sich maßgeblich auf die „persönliche Erfahrung" des Gutachters stützte) entgegen dem verbreiteten Kenntnisstand der Unfallchirurgie von einem „eher seltenen Risiko" aus und sprach Schadensersatz nicht wegen einer defizitären Organisation des Praxisbetriebes oder wegen „Übernahmeverschuldens", sondern wegen einer defizitären Aufklärung zu:[3] Der behandelnde Arzt hätte also m.a.W. seine Patientin nur darüber ins Bild setzen sollen, dass es in seiner Praxis nicht möglich ist, bei Realisierung eines solchen Komplikationsrisikos darauf angemessen (innerhalb der laufenden Operation) zu reagieren.

In diesen zufällig ausgewählten Judikaten der jüngsten Vergangenheit zeigen sich schlaglichtartig die Ungereimtheiten des geltenden Medizinrechts: Es fokussiert auf mögliche „Behandlungsfehler" des Einzelnen in der Akutsituation und sucht bei reduzierten Handlungsmöglichkeiten des so tatsituativ Gefangenen eher nach evtl. Aufklärungsfehlern, statt den eigentlichen (wesentlichen) Kausalfaktor für das schadensträchtige Geschehen – mangelnde Ressourcen an Personal und Material/Geräten, erzwungene Delegation an nicht ausreichend Qualifizierte, fehlende Zeit und ökonomischer/sozialer Druck – in den Blick zu nehmen und die hierfür verantwortlichen Personen auch de jure zur Verantwortung zu ziehen. Als geradezu beispielhaft erweist sich der Aufsehen erregende „Bielefelder Fall", in dem ein Medizinstudent kurz nach Beginn seines praktischen Jahres (PJ)[4] einem schwerstkranken Kleinkind irrigerweise eine Injektion mit tödlicher Folge verabreichte: Das LG Bielefeld[5] ging von „grober Fahrlässigkeit" aus und verurteilte wegen fahrlässiger Tötung, weil der Student eine auf dem Nachttisch (und nicht auf einem gesonderten Spritzentisch) und noch dazu kurzzeitig unbeaufsichtigt abgelegte unbeschriftete Spritze ohne weitere Rückfrage verwendete, obgleich er von der betreuenden Ärztin lediglich mit einer Blutentnahme beauftragt gewesen war. Dass ihn die Stationsschwester, als „Sprachrohr" der Ärztin fungierend, offensichtlich missverständlich instruierte, der Umgang mit Spritzen (Ablage und Beschriftung) in dieser Klinik keineswegs immer (und auch für den Studenten erkennbar) den Regularien entsprach und die Situation eines Ausbildenden – noch dazu: zu Beginn eines Praktikums – ohnehin von erheblicher Abhängigkeit geprägt ist,[6] hat die Strafkammer insbesondere wegen einer „Organisationsmitverantwortung der Klinikleitung"[7] auf der Rechtsfolgenseite milde gestimmt (90 Tagessätze à 20 €). Nach Maßgabe des Prinzips „schuldangemessenen Strafens" (§ 46 Abs. 1 StGB) und der ihm inhärenten Idee der „Tatproportionalität" kann dies mitnichten ein stimmiges Gesamtergebnis sein, was Zweifel an der rein

[3] LG Heidelberg MedR 2016, 801 ff. m. krit. Anm. *Jaeger*.

[4] Zu den übernahmefähigen Tätigkeiten eines PJlers näher *Achterfeld*, in: Dahm-FS 2017, S. 1, 4 ff.

[5] Urteil v. 14. 8. 2013 – 11 Ns 11/13, 11 Ns – 16 Js 279/11 – 11/13, juris.

[6] Daher ist die ex post erhobene Forderung, „auch mal nein zu sagen" (http://medizinrechtsanwaelte.de/medizinrechtstag/2014-berlin/gehrlein-dmrt-2014-berlin.pdf), viel leichter formuliert denn real praktiziert.

[7] Siehe dazu die Einschätzung des im Verfahren einbezogenen Sachverständigen, berichtet in: Deutsches Ärzteblatt 110 (2013), A-1604 f.

normativierenden Zuschreibung strafrechtlich relevanten Fahrlässigkeitsunrechts und letztlich an der vorherrschenden Fahrlässigkeitsdoktrin weckt.[8] Noch bedeutsamer im hiesigen Kontext ist jedoch, dass das (erst im zweiten Zugriff eingeleitete) Strafverfahren gegen die Klinikleitung hernach ohne Anklageerhebung eingestellt wurde, weil das Tötungsgeschehen nach Auffassung der zuständigen Staatsanwaltschaft nun doch allein Resultat eines „Augenblicksversagens" des PJlers gewesen sein soll.[9] Leicht weckt das den Eindruck einer Suche nach dem „Sündenbock", der sich meist am Ende der Verantwortungskette auf der Ebene des bloß Ausführenden findet nach dem Motto: „Den Letzten beißen die Hunde…"[10].

2. Der rechtstatsächliche Hintergrund auf Makro-, Meso- und Mikroebene

2.1 Spezialisierung und Arbeitsteilung

Die akute praktische Brisanz der vorstehend skizzierten Unwägbarkeiten liegt auf der Hand: In einer hochspezialisierten, in komplexer Arbeitsteilung organisierten Versorgung innerhalb der einzelnen Krankenhauseinrichtungen bei wachsenden Verflechtungen mit anderen (v.a. ambulanten) Leistungserbringern verengt sich das „Sichtfeld" des Einzelnen in Bezug auf den patientenbezogenen Krankheitsverlauf immer mehr. Auf diese sich zunehmend reduzierenden Einfluss- und Voraussehbarkeitskapazitäten des einzelnen Rollenträgers reagiert das Recht mit Rücksicht auf eine faire Verantwortungszuschreibung mit einer Haftungsbegrenzung (unterschieden nach horizontaler und vertikaler Arbeitsteilung)[11]; um so mehr erhöht sich der Bedarf nach vorausschauenden, fehlersensiblen Organisations- und Kommunikationsstrukturen, um sich ausbreitender Eigengesetzlichkeit hin zu einer „organisierten Unverantwortlichkeit"[12] im Lichte der Patientensicherheit entgegenzuwirken.

Dass die Krankenhausleitungen für die heute bestehenden Einrichtungen dabei besonders erfolgreich sind, lässt sich bei aller Vorsicht angesichts der defizitären Datenlage und der hohen medialen Skandalisierungsbereitschaft nicht behaupten: Auch wenn sich das Gesamtvorkommen von Behandlungsfehlern i.w.S. mangels geeigneter Gesamterfassungsstatistiken nur vage schätzen lässt,[13] hat sich doch zuletzt

---

[8] Dazu bereits näher *Duttge*, JZ 2014, 261 ff.

[9] Berichtet in: Deutsches Ärzteblatt 111 (2014), A-569.

[10] *Deutsch*, RPG - Recht und Politik im Gesundheitswesen, 2007, 16 ff.

[11] Zur Typologie dieser begrenzten Verantwortungszuschreibung näher z.B. *Duttge*, ZIS 2011, 349 ff. sowie zuletzt ders., Artikel: Vertrauensgrundsatz, in: Kluge/Marx/Janssens/Zacharowski (Hrsg.), Management in der Intensivmedizin, 2017/18 [im Erscheinen].

[12] *Beck*, Gegengifte. Die organisierte Unverantwortlichkeit, 1988, S. 9: „Die etablierten Regeln der Zurechnung und Verantwortung – Kausalität und Schuld – versagen. Das heißt, deren unverdrossene Anwendung … bewirkt das Gegenteil: die Gefahren wachsen, ihre Anonymisierung wird legitimiert".

[13] Die Schätzungen reichen von jährlich ca. 40.000 bis 170.000 Fällen, davon ca. 19.000 mit tödlichem Ausgang: *Unabhängige Patientenberatung Deutschland*, Monitor Patientenberatung 2015, S. 72.

der allgemeine Eindruck eher verstärkt, dass es selbst bei vergleichsweise einfachen Verfahrensabläufen innerhalb eines Krankenhauses – gewiss auch durch die hohe Patientenzahl und Knappheit personeller Ressourcen bedingt[14] – jederzeit ohne Weiteres zu (mitunter folgenreichen) Pannen kommen kann. Das hat eine Vielzahl von Ursachen, angefangen von persönlichen Kommunikationsdefiziten (verschärft durch vermehrte Einbeziehung von Personen auf Behandler- wie auf Patientenseite, die der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig sind) über eine mangelhafte Beachtung der Schnittstellen im Miteinander verschiedener Abteilungen, Professionen und „Zuständigkeiten" bis hin zum Aufeinanderprallen heterogener Richtigkeitsvorstellungen (insbesondere zur Indikationsfrage, nicht nur bei der Therapiebegrenzung am Lebensende), die bei immerwährender Zeitknappzeit häufig nicht explizit gemacht und in Ruhe diskursiv befriedigt werden. In diesem Zusammenhang können nicht zuletzt auch disparate, mitunter recht eigenwillige Vorstellungen über das rechtlich (angeblich) Ge- oder Verbotene praktisch (unheilvoll) bedeutsam werden (z.B. mit der Folge von „Übertherapie"[15]). Die mittlerweile weithin etablierten klinischen Ethikkomitees bzw. -konsile sind zwar ein hilfreiches Forum, um in ausgewählten Grenzfällen eine reflektierte Entscheidungsfindung zu befördern; manifeste Organisationsprobleme lassen sich mit ihnen jedoch nicht lösen.

2.2 Ökonomisierung und „Hochglanzmedizin"

Man sollte meinen, dass es im Sinne der Patientensicherheit ein originäres Anliegen der Krankenhausleitungen ist, proaktiv bestehende Schwachstellen im Betrieb zu identifizieren und unverzüglich zu beseitigen. Dann hätte es freilich der inzwischen verbindlichen Vorgabe zur Einführung eines (effektiven) Fehlermeldesystems sowie regelmäßiger Mitarbeiter- und Patientenbefragungen (durch § 4 Abs. 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses)[16] gar nicht bedurft. Anstelle dessen hat sich jedoch seit längerem der Eindruck eingestellt, dass zwischen der Innen- und der Außensicht eines (universitären) Großkrankenhauses meist eine erhebliche Diskrepanz besteht. Während Flyer, Webseiten, die stolze Berufung auf das eigene „Beschwerdemanagement" (ohne Rücksicht auf Verfahren, Qualität der Überprüfung und Erfolgsquote bei der Befriedung) und mit modernen Marketingmethoden präsentierte „Leitbilder" nicht weniger als eine patientenindividuelle Höchstleistungsmedizin versprechen, ist bei solchermaßen geweckten Erwartungen die nachfolgende Ernüchterung und Frustration unter dem Eindruck der „klinischen Realität" (wie auch ggf. der Entschluss zur Schadensersatzklage) mehr oder minder vorprogrammiert. Dass im Extremfall ein Intensivpfleger gar über Jahre hinweg in deutschen Krankenhäusern mit dem Leben von Patienten spielen

[14] Nach Schätzungen der Versicherer sind ca. 10 % aller ärztlichen Behandlungsfehler auf Übermüdung oder Überlastung zurückzuführen, vgl. z.B. *Schumacher*, Rheinisches Ärzteblatt 2002, 11 ff.

[15] Die Weiterbehandlung/-versorgung ohne Indikation stellt nach LG München I MedR 2017, 889 ff. (m. Anm. *Duttge*) einen haftungsbegründenden Behandlungsfehler dar.

[16] Siehe in diesem Band, Anhang.

kann, ohne dass er frühzeitig auffällt und von weiterem tödlichen Tun abgehalten wird,[17] spricht bei aller (hoffentlichen) Exzeptionalität dieses Falles geradezu Bände, wie weit die blinden Flecken der Organisationsverantwortlichen reichen und wie wenig im hierarchischen Getriebe eines Krankenhauses ein ernsthafter Wille zur Transparenz de facto erwartet werden kann. Zudem scheint wohl auch die Remonstrationspflicht der Mitarbeiter bei Entdeckung patientengefährdender Auffälligkeiten angesichts der verbreiteten opportunistischen Konfliktscheu (gewiss auch mangels Offenheit der Klinik- und Abteilungsleitungen) eher auf dem Papier zu stehen.

Der mittlerweile vielfach beklagten „ökonomischen Überformung“[18] der Krankenhausversorgung, stimuliert durch gesundheitspolitische Fehlanreize (DRGs) und Implementierung eines wirtschaftlichen Verdrängungswettbewerbes, können auch noch so gut gemeinte (und sachlich richtige) Appelle und Mahnungen (wie zuletzt etwa die Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 20.2.2015 zur „ärztlichen Indikationsstellung und Ökonomisierung“[19] und der kürzlich verabschiedete „Klinik Codes: Medizin vor Ökonomie“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin[20]) nichts Effektives entgegensetzen. Sie werden den erhofften „Rückhalt für ärztliches Handeln“[21] so lange nicht bewirken, wie als „Unternehmensziel“ nicht (mehr) die bestmögliche ärztlich-medizinische Versorgung der Patienten, sondern der betriebswirtschaftliche Erfolg gilt. Unter dessen Diktat ist die „Optimierung des Betriebsablaufs“ im Sinne einer Aufwandsreduktion beim einzelnen Patienten, einer „Vermassung“ der Behandlungsfälle und eines gezielten Ausnutzens wirtschaftlich attraktiver Behandlungsformen (unabhängig vom Bedarf) schlechterdings geboten.[22] Die damit zwangsläufig einhergehende „ethische Mangelverwaltung“[23] ist ein Umstand, der dabei – jedenfalls auf Leitungsebene – in Kauf genommen werden muss. In diesem Lichte besteht somit keinerlei Interesse, die den betriebswirtschaftlichen Erfolg sichernde Außenfassade durch negative Nachrichten aus dem internen Bereich zu gefährden. Dass diese „Augen-zu“-Methode von einer frappierenden Kurzsichtigkeit gezeichnet ist, weil der mittelfristige Erfolg dann wohl doch von der wirklichen Qualität des Leistungsangebots abhängen dürfte, mithin Schwachstellenanalysen und gezielte Verbesserungen am Ende auch betriebswirtschaftlich bedeutsam sind,[24] ist eine Einsicht, die betriebswirtschaftlich sozialisiertem Leitungspersonal offenbar nicht ohne Weiteres zugänglich ist.

---

[17] So der aufsehenerregende „Fall Niels H.“, siehe näher den Abschlussbericht des Sonderausschusses des Niedersächsischen Landtages zum Thema: „Konsequenzen aus den Krankenhausmorden ziehen – Stärkung der Patientensicherheit und des Patientenschutzes“ (LT-Drucks. 17/2964 und 17/5790).

[18] *Maio*, Deutsches Ärzteblatt 109 (2012), A-804 ff. sowie ausf. *ders.*, Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft, 2014.

[19] http://www.bundesaerztekammer.de/politik/programme-positionen/oekonomisierung/.

[20] Abgedruckt in: Deutsches Ärzteblatt 114 (2017), A-2340.

[21] *Schumm-Drager/Kapitzka/Mann/Fölsch/Müller-Wieland*, Deutsches Ärzteblatt 114 (2017), A-2338 f.

[22] Zu den betriebswirtschaftlichen Instrumenten die – keineswegs vollständige – Übersicht bei *Dohmen/Fiedler*, Deutsches Ärzteblatt 112 (2015), A-364 ff.

[23] *Marckmann/Maschmann*, Deutsches Ärzteblatt 114 (2017), A-2028 ff.

[24] Wie hier auch *Nustede/Cartes* (in diesem Band).

2.3 Deprofessionalisierung und Vertrauensverlust im Arzt-Patienten-Verhältnis

Da Ärzte und Pflegekräfte nicht im Raum vollkommener Freiheit, sondern im Rahmen ihrer spezifischen Funktionen und Loyalitätspflichten agieren (müssen), kann eine „Transformation von Krankenhäusern in Unternehmen“[25] nicht spuren- und folgenlos für das individuelle Behandlungsverhältnis bleiben. Die sukzessive Ersetzung des (personalisierten) Vertrauens-[26] durch das egoistische „Geschäftsparadigma“ untergräbt zugleich den grundlegenden Sinn ärztlicher Fürsorge – und zwar für beide Seiten der Arzt-Patienten-Beziehung: Dem Patienten wird die Rolle eines „Kunden“ zugemutet, obgleich er diese in vulnerabler Lage und hochgradiger Abhängigkeit von den vorgegebenen Betriebsabläufen[27] von vornherein gar nicht sinnvoll wahrnehmen kann, und der Behandler mutiert immer mehr zu einem „windigen Verkäufer“ von Hoffnungen, der in Wahrheit nur den wirtschaftlichen Gewinn seines Arbeitgebers im Hintersinn hat. Dabei ist er doch Teil jener Profession, die kraft ihres Berufsethos das Versprechen abgegeben hat, „die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Patientinnen und Patienten [als] oberstes Gebot“ zu betrachten (Gelöbnis sowie § 2 Abs. 1, 2 MBO-Ä). Es sollte ihn daher nicht überraschen, wenn sich sein jeweiliges Gegenüber nach Enthüllung der ganz und gar nicht altruistischen Agenda mitunter betrogen fühlt.

Dabei erleben Ärztinnen und Ärzte die medizinfremde Imprägnierung ihres Arbeitsumfeldes zumeist selbst als Problem und eigentlich inakzeptable Belastung, wie eine kürzlich vorgestellte Befragungsstudie eindrucksvoll untermauert: Danach werden „durchgängig“ oder doch jedenfalls „des Öfteren“ indirekte, mitunter sogar direkte Einflussnahmen durch die Geschäftsführung, Repräsentanten des Klinikträgers oder den Konzernvorstand registriert, die sich nach Einschätzung der behandelnden Ärzte „oft zum Nachteil von Behandlungsqualität, Patientensicherheit und medizinischem Personal“ auswirken: Denn diese „würden oft anders entscheiden, wenn sie allein nach medizinischen Gesichtspunkten entscheiden könnten“[28]. Der Studienleiter hat in einem begleitenden Interview sogar die Feststellung riskiert, dass in manchen Konstellationen offenbar eine Gefährdung der Patienten um des Generierens wirtschaftlichen Gewinns willen sehenden Auges in Kauf genommen werde.[29] Mit Blick auf die zentralen arztethischen Gebote des Wohltuns und der Nichtschädigung[30] muss hierin ein nachdrücklicher Beleg für die seit längerem schon befürchtete „Deprofessionalisierung“[31] gesehen werden, mit der freilich nicht weniger

---

[25] *Geyer* (in diesem Band).

[26] Zum (soziologischen) Vertrauensbegriff näher *Duttge/Er/Fischer*, in: Steinfath/Wiesemann/Duttge u.a. (Hrsg.), Autonomie und Vertrauen. Schlüsselbegriffe der modernen Medizin, 2016, S. 239 ff.

[27] (Zu-)Treffend *Vogd* (in diesem Band): „Machtasymmetrie“.

[28] *Wehkamp/Naegler*, Deutsches Ärzteblatt 114 (2017), A-797 ff.

[29] *Wehkamp*, in: spiegel-online v. 21.12.2017.

[30] Näher *Beauchamp/Childress*, Principles of Biomedical Ethics, 6. Aufl. 2009, S. 149 ff.

[31] Wie hier auch *Grob* (in diesem Band).

als die „kulturelle Legitimität" der ärztlichen Profession in toto mit ihren bislang anerkannten Eigengesetzlichkeiten in Frage steht.[32]

3. Notwendigkeit und Grenzen einer rechtlichen Sicherung der organisationalen Qualität

3.1 (Straf-)Rechtliche Desiderate

Wenn daher das ausführende Personal nachgerade systembedingt davon abgehalten wird, in seiner Profession – wie eigentlich geboten – bestmöglich zu wirken („Facharztstandard", „evidence-based-medicine"), käme es einem groben Verstoß gegen das allgemeine Fairnessprinzip gleich, die für die systembedingten Rahmenbedingungen Verantwortlichen trotz deren Einflussmacht vor einer rechtlichen Inverantwortungnahme zu verschonen. Dabei dürfte angesichts der hohen Wertigkeit der Patientenbelange und damit zugleich der staatlichen Schutzverpflichtung auch der – selbstredend dosierte – Einsatz des Strafrechts unverzichtbar sein. Dies gilt um so mehr, als die „Qualitätsoffensive" von Gesetzgeber und Gemeinsamem Bundesausschuss (vgl. §§ 25a, 65c, 110a, 135 ff. SGB V, Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA[33]) nur die formal-bürokratische „Qualitätsoberfläche" zu garantieren vermag, nicht aber (jedenfalls nicht für sich allein) gewährleisten kann, dass die Behandlungsqualität und Patientensicherheit auch in den tatsächlichen Abläufen messbar erhöht werden. So muss zwar mittlerweile ein Reporting-System zwingend eingeführt werden *mit dem Ziel* der „Prävention von Fehlern und Schäden durch Lernen aus kritischen Ereignissen, damit diese künftig und auch für andere vermieden werden können" (§ 4 Abs. 1 QM-RL). Das Instrument macht aber bekanntermaßen nur Sinn, wenn sich die Mitarbeiter/Innen durch die Leitung auch nachdrücklich eingeladen und ermuntert sehen, den Zeit- und Arbeitsaufwand für entsprechende Mitteilungen mit intrinsischer Motivation (jenseits von „Dienst nach Vorschrift") auf sich zu nehmen, weil sie sich sicher sein dürfen, dass diese im Anschluss auch tatsächlich systematisch gesammelt, selbstkritisch geprüft und zeitnah zugunsten konkreter Verbesserungen der Abläufe genutzt werden.[34] Mit den treffenden Worten des „Aktionsbündnisses Patientensicherheit": „CIRS ohne … Risikomanagement ist nutzlos – die Erkenntnis von Risikokonstellationen ist [gemeint: „muss … sein"] der Beginn des Prozesses der Fehlerverminderung"[35]. Es ist bislang nicht zu erkennen, dass diese Perspektive oder überhaupt nur eine wesentliche Mitarbeiterbeteiligung in

[32] Dazu näher *Haug*, in: Milbank Quarterly, Jg. 66 (1988), 48 ff.; *Siepmann/Groneberg*, Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie 2012, 288 ff., 291.

[33] Siehe Anhang (dieses Bandes).

[34] Zu den wesentlichen Bestandteilen eines strukturierten Risikomanagements näher *Heyers*, MedR 2016, 23, 25 f.

[35] *Aktionsbündnis Patientensicherheit*, Empfehlung zur Einführung von CIRS im Krankenhaus, 2006, S. 3 (https://www.kvwl.de/arzt/qsqm/patientensicherheit/cirs/einfuehrung_cirs_kkh.pdf).

Sichtweite wären.[36] Angesichts des bestehenden „Klimas" in deutschen Krankenhäusern (s.o.) wird man skeptisch sein müssen, ob sich daran absehbar etwas Substantielles ändern wird.

Aus rechtlicher Perspektive drängt sich die Frage nach einer „Organisationshaftung" geradezu auf, und dies um so mehr, als die Möglichkeit zur Inverantwortungnahme des ausführenden Personals mit zunehmender Komplexität der Arbeitsteilung immer mehr an ihre Grenzen stößt:[37] Im Schadensersatzrecht sind dahingehende Haftungsfälle für „Organisationspflichtverletzungen", neuerdings unter Einbeziehung auch der unterlassenen Einrichtung eines Fehlermeldesystems (auch eines effektiven?),[38] keineswegs mehr unbekannt[39] und dürften entsprechend auch für in Kauf genommene (oder gar beförderte) „Interessenkonflikte" qua Überlagerung der ärztlich-medizinischen Professionalität durch ökonomische Erwägungen gelten.[40] Doch fehlt es bislang – soweit ersichtlich – an einem ausdifferenzierten (und mit Blick auf divergente Krankenhauseinrichtungen nicht zu starren) Konzept des geschuldeten „Organisationsstandards", der nicht erst ex post anlässlich eines konkreten Schadensfalles ad hoc behauptet wird, zumal die Rechtsprechung[41] bis heute noch nicht einmal eine eigenständige Kategorie neben dem klassischen „Behandlungsfehler" anerkennt.[42] Es genügt jedoch nicht, für das gewünschte Ergebnis eines für angemessen gehaltenen Schadensersatzanspruchs das Label „Organisationspflicht verletzt" einfach zu setzen, ohne zuvor dessen nähere Bedeutung und die es tragenden dogmatischen Voraussetzungen aufgeklärt zu haben.

Dies erlangt um so größere Bedeutung, wenn es darum geht, Organisationsverantwortliche auch strafrechtlich für eingetretene Schadenserfolgen zur Verantwortung zu ziehen. Bislang ist die Fahrlässigkeits- wie allgemeine Zurechnungsdogmatik noch immer weithin von der Grundvorstellung vergleichsweise überschaubarer, rein personenbezogener und nicht systemisch bedingter „Kausalverläufe" geprägt.[43] Dieser intuitive Naturalismus, der für die institutionellen Rahmenbedingungen und soziostrukturellen Einflussfaktoren menschlichen Verhaltens blind ist, sieht tenden-

[36] Zur naheliegenden Annahme einer „mangelnden Repräsentativität" der Meldungen siehe z.B. die „AG Behandlungsfehlerregister", berichtet in: ZEFQ 114 (2016), 72, 73; zu den bestehenden praktischen Defiziten v.a. *Rohe/Thomeczec* u.a., ZEFQ 108 (2014), 49 f. mit der bezeichnenden Forderung, die sog. „Stakeholder" frühzeitig einzubinden…!

[37] Zu den Zurechnungsstrukturen bei horizontaler und vertikaler Arbeitsteilung vgl. näher *Ulsenheimer* (in diesem Band).

[38] Zutreffend *Hart*, MedR 2012, 1 ff.

[39] Näher *Hart*, in: Rieger/Dahm/Steinhilper (Hrsg.), HK-AKM, KZA 3948, Rn. 3; *Katzenmeier*, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp (Hrsg.), Arztrecht, 7. Aufl. 2015, Kap. X, Rn. 41 ff.; siehe auch schon die Einbecker Empfehlungen der *DGMR* zum „Organisationsverschulden in Klinik und Praxis", MedR 2006, 127 ff.

[40] So insbes. *Hart*, MedR 2014, 207 ff.

[41] Der Gesetzgeber folgt dem, vgl. BT-Drucks. 17/10488, S. 20.

[42] Richtigerweise für einen eigenständigen originären – und im Unterschied zur ärztlichen Behandlung i.e.S. genuin rechtlichen – „Standard guter Organisation" *Heyers*, MedR 2016, 23, 28 f.

[43] Dazu bereits mit Blick auf „moderne Katastrophen" (wie z.B. die Love-Parade) näher *Duttge*, in: Ymanaka-FS 2017, S. 29 ff. m.w.N.

ziell unüberwindbare Schwierigkeiten, dem orts- und tatzeitfernen Schreibtischtäter zusätzlich (neben einem „Übernahmeverschulden" des Behandlers) oder gar ausschließlich den Schadenserfolg auf Basis der vorherrschenden Vermeidbarkeitstheorie[44] als individuell[45] voraussehbar zuzurechnen. Zudem steigert sich natürlich noch einmal die Herausforderung der Konstruktion *genuin strafrechtlich relevanter* „Sorgfaltspflichten"[46] über die dabei ohnehin schon bestehende Grundproblematik[47] hinaus. Neuerdings finden sich erfreulicherweise jedoch erste konzeptionelle Entwürfe eines fahrlässigkeitsspezifischen „Täters hinter dem Täter":[48] Man darf über die Weiterentwicklung und Modernisierung der Fahrlässigkeitsdogmatik, sofern sie nicht zu einer Versimplifizierung und radikalen Entpersonalisierung der Zurechnungsstrukturen führt, sehr gespannt sein.

3.2 Disclosure – apology – offer

Wie auch sonst kann das Recht und insbesondere das Strafrecht im hiesigen Kontext nur einen äußeren Rahmen zwecks Unterbindung eindeutig inakzeptabler Pflichtwidrigkeiten bei der Organisation der Betriebsabläufe setzen. Das Recht wird mit seiner verhaltenssteuernden Intention, die stets erst im einzelnen Schadensfall ex post konkret sicht- und spürbar wird, jedoch nur dann erfolgreich sein, wenn ihm die generelle, die gesamte Krankeneinrichtung gleichsam als „Corporate Identity" prägende Haltung einer spezifischen „Fehlersensibilität", Transparenz und Bereitschaft zur selbstkritischen Korrektur zugrunde liegt. Dies impliziert notwendig eine entsprechende Agenda, die zuvörderst von der Leitungsebene vorbildhaft gelebt und effektiv in den Abteilungen implementiert wird. Nur wenn sich die Mitarbeiterschaft der entsprechenden Rückendeckung gewiss sein kann, dass die Optimierung der Abläufe und zielführende Beseitigung der Störfaktoren ein höchstrangiges Anliegen der Leitung darstellt, kann sie sich für die gemeinsame Aufgabe überhaupt erst gewinnen lassen. Und diese intrinsische Motivation ist wiederum essentiell, weil fehlerhafte Prozesse, Strukturen und Kommunikationsverhältnisse meist erst im konkreten Behandlungsgeschehen anschaulich werden. Das nötige Wissen muss fortlaufend erarbeitet, die nötigen Fertigkeiten zur Wahrnehmung und Kenntlichmachung entsprechender Auffälligkeiten müssen fortlaufend geschult werden. Im Umgang mit den betroffenen Patienten bedarf es in gleicher Weise einer radikalen Umkehr: Sie fühlen sich nach zahllosen Erfahrungsberichten bei Verdacht eines Behandlungsfehlers

---

[44] Näher zum Pflichtwidrigkeitszusammenhang MK/*Duttge*, StGB, 3. Aufl. 2017, § 15 Rn. 165 ff.

[45] Gleichgültig, ob bereits zur Begründung des Fahrlässigkeitsunrechts oder erst der -schuld.

[46] Zu dieser Trennungsthese gegenüber der zivilrechtlichen Arzthaftung näher *Duttge*, in: Hilgendorf/Sato (Hrsg.), Japanisch-deutscher Strafrechtsvergleich, 2018 [im Erscheinen].

[47] Zu dieser näher MK/*Duttge*, § 15 Rn. 105 ff., 114 ff. (m.w.N.).

[48] Siehe dazu insbes. *Kudlich/Schulte-Sasse*, NStZ 2011, 241 ff., *Lindemann*, in: Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltsverein (Hrsg.), Aktuelle Entwicklungen im Medizinrecht, 2015, S. 35, 51 ff., *Neelmeier*, Organisationsverschulden patientenferner Entscheider und einrichtungsbezogene Aufklärung, 2014, sowie *Kudlich/Koch* (in diesem Band); zur weiterreichenden Frage einer Unternehmensstrafbarkeit für Krankenhausträger siehe *Neelmeier/Koch*, Deutsches Ärzteblatt 113 (2016), A-2367 ff.

getäuscht und mitunter gar lächerlich gemacht, wo doch Respekt und Ernstnahme des Problems anstelle einer weiteren Zerstörung des Vertrauens das Gebot der Stunde wäre.[49] Dabei hätte sich längst lernen lassen, dass eine Befriedung von Behandlungsfehlervorwürfen oder -verdachtsfällen dort, wo sie auch entstanden sind, am Ende sogar ökonomisch vernünftig sein könnte: nicht vor Gericht oder Schiedsstellen, sondern in den Krankenhäusern, wenn diese von sich aus die relevanten Informationen offenlegen (disclosure), eine Entschuldigung aussprechen (apology) und Entschädigung anbieten (offer).[50] Das Recht kann dies allerdings nicht erzwingen, wie die weitgehende praktische Irrelevanz des § 630c Abs. 2 S. 2 BGB verdeutlicht[51] – bemerkenswerterweise nicht zuletzt auch aus Sorge vor „juristischen Konsequenzen" (und i.Ü. auch aufgrund mangelnder Unterstützung durch die Krankenhausleitungen).

Im Ganzen besteht die große Herausforderung somit darin, die organisationssoziologischen, professionsethischen und rechtlichen Faktoren so aufeinander abzustimmen, dass eine Krankenhauseinrichtung im Idealfall justament dasjenige auch einlösen kann, was in Hochglanzbroschüren gerne versprochen wird. Qualität und Patientensicherung ist eine systemische Gesamtaufgabe.[52] Der Interdisziplinarität dieser Herausforderung folgt die Interdisziplinarität des vorliegenden Bandes, der die Versorgungsstrukturen auf der Makro-, Meso- und konkret praktischen Mikroebene unter Einbeziehung der neueren Anstrengungen für ein zweckentsprechendes Qualitäts- und Risikomanagement in den Blick nimmt. Erst mit Rücksicht auf diese spezifischen Rechtswirklichkeiten lassen sich sinnvoll Überlegungen zur adäquaten Fortentwicklung der strafrechtlichen Zurechnungsstrukturen (insbesondere zum Fahrlässigkeitsdelikt) anstellen.

[49] Siehe z.B. *Aktionsbündnis Patientensicherheit*, Reden ist gold, 2011, S: 6 f. (www.dgu-online.de/fileadmin/published_con-tent/5.Qualitaet_und_Sicherheit/PDF/Reden_ist_Gold_final.pdf).

[50] Dazu näher *Freres/Walter*, Deutsches Ärzteblatt 110 (2013), A-1848 ff.

[51] Siehe dazu die mitgeteilten Studien von *Schwappach*, Bundesgesetzblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2015, 81 ff.; abgewogene Deutung des Regelungsgehalts von § 630c Abs. 2 S. 2, 3 BGB bei *Schelling/Warntjen*, MedR 2012, 506 ff.

[52] Dazu vertiefend *Schrappe*, Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen, 2015 (https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Schrappe_Qualitaet_2030_165x240_Download.pdf).

II. Soziologie und Ökonomie

Machtverteilung und Machtverschiebungen in deutschen Krankenhäusern

Prof. Dr. Siegfried Geyer

1. Zusammenfassung

Seit dem Jahr 2003 vollzieht sich in deutschen Krankenhäusern ein beschleunigter Strukturwandel, der durch den Verlust ärztlicher Autonomie bei gleichzeitigem Machtzuwachs kaufmännischer Leitungen gekennzeichnet ist. Die Hauptmotoren dieser Veränderungen sind die Einführung des DRG-Systems und die zunehmende Privatisierung vormals öffentlich oder freigemeinnützig geleiteter Kliniken. In den Leitungen der Klinikunternehmen sind Ärztinnen und Ärzte deutlich in der Minderheit. Während die Ziele ärztlicher Leitungen primär medizinisch oder patientenzentriert definiert sind, stellen kaufmännische Leitungen die Gewinnerzielung in den Mittelpunkt ihres Handelns. Aus diesen unterschiedlichen Zielstellungen ergeben sich erhebliche Widersprüche, die mehr durch Konflikte und Konfrontation als durch gemeinsame Zielsetzungen gekennzeichnet sind. Die ärztliche Seite hat bisher nur wenige Anstrengungen unternommen, der breiten Öffentlichkeit die Konsequenzen dieser Entwicklung für Patientinnen und Patienten zu erklären. Die Bundesärztekammer empfiehlt eine betriebswirtschaftliche Weiterqualifizierung des ärztlichen Personals unter Beibehaltung medizinischer Prioritäten; es ist jedoch fraglich, ob dadurch die berufliche Autonomie und die ärztliche Führungsposition in Kliniken vollständig wiederhergestellt werden kann.

2. Einleitung

Im Juli 2016 luden die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und die Deutsche Diabetesgesellschaft zu einer Pressekonferenz über die „Ökonomisierung der Medizin: Wenn Gesundheit zum Wirtschaftsgut wird“. Die beiden Ärzteverbände wollten damit auf eine Verschiebung von Schwerpunkten in der gesundheitlichen Versorgung von der Krankenversorgung hin zu einer eher auf Gewinn ausgerichteten Unternehmung aufmerksam machen. Dieser nach der Jahrtausendwende beschleunigt ablaufende Wandel bedeutet nicht nur eine Verschiebung von Prioritäten, er ist auch mit einem Machtverlust der Ärzteschaft im Krankenhaus verbunden.

Für die Ärzteschaft ist dies ein dramatischer Prozess, weil sie als hoch professionalisierte Berufsgruppe in den vergangenen 150 Jahren ein sehr hohes Maß an beruflicher Autonomie erreicht hat. Ihre Stellung basiert auf einem spezialisierten Wissen, dessen Anwendung nur den Ärzten vorbehalten und staatlich legitimiert ist. Andere Berufsgruppen durften bzw. dürfen nur unter ärztlicher Aufsicht oder nach ärztlicher Verordnung tätig werden. Es gibt nur eine geringe Kontrolle durch Fachfremde; stattdessen hat die Ärzteschaft eigene Institutionen zur Eigenkontrolle etabliert (Kälble, 2014; Siegrist, 2005; Siegrist, 2012).

Im Krankenhaus hatten Ärzte lange Zeit eine fast ausschließliche Definitionsmacht, die durch die Orientierung an den medizinischen Bedürfnissen ihrer Patienten legitimiert wurde. Ärzte haben zusätzlich ein hohes Sozialprestige, das durch Skandale meist nur vorübergehend beeinträchtigt wird. Vor diesem Hintergrund spielten die Kosten lange Zeit nur eine untergeordnete Rolle, da die medizinische Versorgung inklusive der Krankenhäuser als Element der Daseinsvorsorge und als Teil der sozialen Sicherung begriffen wurde. Das Sozialgesetzbuch V schreibt zwar vor, dass medizinische Behandlungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen; die Ausgestaltung des letztgenannten Gebots lag bzw. liegt jedoch in den Händen der behandelnden Ärzte. Ein Einbruch wirtschaftlichen Denkens in eine solche Struktur bedeutet eine Veränderung einer lange geübten Praxis, die bei den Akteuren Spannung und Ambivalenz erzeugt. In einer neueren Studie zum Wandel des Krankenhauses wurde dies als Wandel von einer Wohlfahrtsorientierung hin zu einer Marktorientierung bezeichnet (Bode et al., 2016). Bei der Wohlfahrtsorientierung steht die Behandlung von Patienten im Mittelpunkt, und hier sind Ärztinnen und Ärzte die Hauptakteure. Die Marktorientierung wird in erster Linie durch Manager und Unternehmer bedient; zusätzlich kommen Spezialisten aus anderen Bereichen (z.B. Codierer, Controller und Marketingspezialisten) hinzu. Hier haben Ärztinnen und Ärzte kein Monopol mehr und ihre künftige Position wird davon abhängen, welche der beiden Orientierungen in Zukunft dominant sein wird.

In den folgenden Überlegungen werden zunächst die treibenden Kräfte des Machtverlustes von Ärzten im Krankenhaus beschrieben. Danach werden Befunde zu den wechselseitigen Einschätzungen von Ärzten und Managern als Hauptakteure dargestellt; abschließend geht es um Versuche, die Definitionsmacht der ärztlichen Seite (wenigstens teilweise) wiederzuerlangen.

3. Die treibenden Kräfte des Machtverlustes

Die Machtverhältnisse im Krankenhaus werden von mehreren Seiten in Frage gestellt: Seit 1972 galt bei der Honorierung von Krankenhausbehandlungen das Selbstkostendeckungsprinzip, dessen wesentliches Element – neben der Übernahme der Investitionskosten durch die Bundesländer – die Abrechnung von Behandlungen nach Tagessätzen war. Vor dem Hintergrund gedeckelter Budgets erwirtschafteten Krankenhäuser Defizite und als Folge sanken Investitionen in Geräte und Gebäude (Bode, 2010). Da die Schließung von Krankenhäusern, insbesondere solcher in öffentlicher Trägerschaft, eine unpopuläre Maßnahme ist, erschien es lohnender, sie zu privatisieren. Damit konnte man sie erhalten und für die Kommunen blieb ein Veräußerungsgewinn. Die Macht- und Interessenkonstellationen bei der Privatisierung von Kliniken sind unter diesen Bedingungen asymmetrisch verteilt: Während die öffentlichen Träger den Verkauf aufgrund von Finanzierungsengpässen in Erwägung ziehen, liegt die Motivation privater Träger in der Erzielung von Gewinnen und in der Verbesserung ihrer bestehenden Position am Gesundheitsmarkt (Sack, 2009). In einer gewissen Verkürzung lässt sich auch so argumentieren, dass die Privatisierung als Eingeständnis der Träger gewertet werden kann, sich die kostenintensiven Kliniken nicht mehr leisten zu können (Zimmer, 2009).

Im Jahr 2003 wurde in Deutschland die Abrechnung von Krankenhausleistungen mit Ausnahme der Psychiatrie auf Diagnosis Related Groups (DRG) umgestellt. Die Bezahlung von Fällen richtet sich nicht mehr nach den erbrachten Leistungen, sondern nach Gruppen medizinischer Diagnosen und demografischen Kriterien. Die DRGs sind das Ergebnis der Bildung von Durchschnittswerten, die in vorauslaufenden Perioden ermittelt wurden. Durch eine regelmäßige Anpassung soll sichergestellt werden, dass die Beträge der Entwicklung entsprechen. Die Entkopplung von realen Leistungen und Vergütung setzt Anreize zur Behandlung leichter Fälle und benachteiligt Kliniken, die schwere Erkrankungen behandeln, z.B. Universitätskliniken. Diese Reform machte den Krankenhausbereich daher für gewinnorientierte Unternehmen interessant, da durch Spezialisierung und Rationalisierung von Arbeitsabläufen erhebliche Gewinne erwirtschaftet werden können. In der Folgezeit übernahmen gewinnorientierte Unternehmen Krankenhäuser von kommunalen und freigemeinnützigen Trägern und gestalteten sie nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen um.

Lag der Anteil der privatwirtschaftlich geführten Häuser 1991 noch bei 14,9 %, stieg er bis 2014 auf 35,1 %. Ähnliche Entwicklungen gab es bei freigemeinnützigen Häusern (siehe Tabelle 1). Nach Zahlen des Statistischen Bundesamts befindet sich die Mehrzahl der Betten trotzdem noch in öffentlichen Einrichtungen mit einem Anteil von 54,4 % im Jahr 2002 gegenüber 48,0 % im Jahr 2014 (Bundesamt, 2015), die Anteile an Betten in privatwirtschaftlich betriebenen Häusern nahmen jedoch über die Zeit ebenfalls zu.

Das Erzielen von Gewinnen durch private Klinikbetreiber erzeugt auch auf öffentliche und freigemeinnützige Träger ökonomischen Druck, was dann auch dort

die Einführung von Managementmethoden attraktiv erscheinen ließ. Die ebenfalls miteinander konkurrierenden Gesetzlichen Krankenversicherungen sehen diese Entwicklung positiv, denn der Wettbewerb der Klinikbetreiber begrenzt die Zuwächse in den Vergütungen, trägt darüber zur Beitragsstabilität bei und reduziert das Risiko von Defiziten.

Tabelle 1: Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft; Quelle: Statistisches Bundesamt 2015

Trägerschaft	**Einrichtungen: Anzahl/Anteile**			
	1991 N = 2411	1999 N = 2252	2007 N = 2087	2014 N = 1980
Öffentlich	1110/46 %	854/37,9 %	677/32,4 %	589/29,7 %
Frei-gemeinnützig	943/39,1 %	930/41,3 %	790/37,9 %	696/35,2 %
Privat-wirtschaftlich	358/14,9 %	463/20,6 %	620/29,7 %	695/35,1 %
	Betten: Anzahl / Anteile			
	2002 N = 547.284	2006 N = 510.767	2010 N = 502.749	2014 N = 500.680
Öffentlich	298.034/ 54,4 %	260.993/ 51,1 %	244.254/ 48,6 %	240.195/ 48,0 %
Frei-gemeinnützig	200.635/ 36,7 %	180.200/ 35,3 %	173.457/ 34,5 %	169.477/ 33,8 %
Privat-wirtschaftlich	48615/ 8,9 %	69.574/ 13,6 %	85.038/ 16,9 %	91.008/ 18,2 %

Der Abbau ärztlicher Machtpositionen in Kliniken wird hauptsächlich durch Veränderungen in der Besetzung von Leitungspositionen gesteuert. Als illustratives Beispiel beschrieb die Bundesärztekammer eine Stellenausschreibung eines privaten Klinikbetreibers, der Arztpositionen zu besetzen hatte. Als Funktionsbeschreibung wurden Ärztinnen/Ärzte gesucht, die als Case-Manager, ärztliche Spezialisten, Controller oder als Berater für das Einholen von Zweitmeinungen eingesetzt werden sollten. Leitungsfunktionen waren damit nicht verbunden (2007, 2007). Entsprechend sind die Vorstände der vier größten deutschen Klinikunternehmen primär mit Managern und Kaufleuten besetzt. So hat bei den Sana-Kliniken, deren Eigentümer aus einem Konsortium privater Krankenversicherer besteht (Sana, 2016a), nur einer

von vier Vorständen einen ärztlichen Hintergrund (Sana, 2016b), bei Helios ist es einer von sechs und bei den Rhön-Kliniken ist es einer von vier. Der Gründer der Asklepios-Kliniken ist ein Unternehmer mit Universitätsabschlüssen in Rechts- und Wirtschaftswissenschaften. Die Konzerngeschäftsführung besteht aus drei Mitgliedern, davon eines mit fachärztlichem und ökonomischem Hintergrund, jedoch wird in dessen Funktionsbeschreibungen „Medizin" nur als einer von 16 Bereichen genannt (Asklepios, 2016). In eine ältere Studie, welche die Qualifikationen des Führungspersonals untersuchte, wurden 13 private Klinikbetreiber einbezogen. Auch hier zeigte sich, dass das Leitungspersonal mit medizinischem Hintergrund deutlich in der Minderheit war (Bär, 2011).

Gewinnorientierte Unternehmen sind jedoch nicht die einzigen Betreiber, die Kliniken mit privatwirtschaftlichen Managementmethoden führen, denn auch öffentliche und freigemeinnützige Betreiber lagern Kliniken in Gesellschaften (GmbH) aus und geben den Klinikleitungen mehr Freiraum in der Geschäfts- und Personalpolitik (Bode & Maerker, 2014). Die daraus resultierende Schwächung der ärztlichen Position ist nicht das Ziel, wird aber als ungeplanter Nebeneffekt in Kauf genommen. Mit der Übernahme der Regie in Krankenhäusern durch ökonomisch und administrativ geschultes Leitungspersonal geht eine Veränderung der Ergebnisparameter und der Qualitätskontrolle einher. Die Kennzahlen werden so gewählt, dass sie durch nichtärztliches Personal aufgenommen und überprüft werden können (z.B. die Verweildauer im Krankenhaus).

Parallel zur Erfassung klinikbezogener Kennzahlen werden Patientinnen und Patienten nach der Entlassung aus der Klinik mittels Fragebögen befragt. Damit sollen Patientenzufriedenheit und evtl. nicht registrierte Komplikationen erfasst sowie die Bereitschaft zur künftigen Inanspruchnahme des Hauses erhöht werden („Kundenbindung"). Das Instrument der Patientenbefragung wird in den USA seit längerer Zeit eingesetzt, um Qualitätsverlusten entgegenzuwirken, die mit der Behandlungsvergütung durch Kopfpauschalen (wie bei HMO-Versicherten praktiziert) einhergehen.

Die ärztliche Definitionsmacht wird jedoch nicht nur durch ökonomische Steuerungsinstrumente in Frage gestellt, sondern auch durch die zunehmende Verfügbarkeit medizinischen Wissens in Form von Veröffentlichungen, Ratgeberliteratur und Verlautbarungen im Internet. In den USA sind auch medizinische Expertensysteme für die Allgemeinbevölkerung erreichbar, sodass sich medizinisches Wissen und damit die Interpretation von unterschiedlichen Gesundheitszuständen nicht mehr exklusiv in der Hand von Ärzten befindet.

Zusammengenommen wird durch die beschriebenen Entwicklungen das durch Vertrauen bestimmte Verhältnis zwischen Patienten und Ärzten durch geschäftsmäßige Kontrolle ersetzt. Letzteres ist jedoch mit wesentlich höherer Komplexität und seitens der Patienten mit der Notwendigkeit eines größeren Aufwands an ökonomisch motivierter Wachsamkeit verbunden (Luhmann, 1973), da eine Geschäftsbeziehung impliziert, dass die jeweils stärkere Partei den Wettbewerb in ihrem Sinne nutzt.

4. Auswirkungen des ökonomischen Primats auf den ärztlichen Alltag

Obwohl es eine große Zahl von Diskussionsbeiträgen zur Veränderung der Macht- und Tätigkeitsstrukturen im ärztlichen Bereich gibt, ist die Zahl systematischer Studien überschaubar. So wurden in der Münchner Medizinischen Wochenschrift 2014 die Ergebnisse einer Studie unter dem Titel „Ärzte-Manager 2013" veröffentlicht. Auftraggeberin war die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin. Die Untersuchung basiert auf einer Befragung von ärztlichem Führungspersonal, also abteilungsübergreifenden ärztlichen Direktoren, Chefärzten und Ordinarien, leitenden Oberärzten und Ärzten mit sonstigen klinischen Leitungsaufgaben aus internistischen Fachabteilungen (Fölsch et al., 2014). Die ärztlichen Führungskräfte gaben an, dass die kaufmännische Geschäftsführung Leistungs-, Budget- und Umsatzvorgaben macht, die erhebliche Anstrengungen erfordern. Es würden regelmäßig wirtschaftliche Leistungsziele und Zielvereinbarungen vorgegeben, die betriebswirtschaftliche Verantwortung liege jedoch bei der ärztlichen Leitung. Zielvorgaben für Erfolgsbeteiligungen sind demnach nur zu einem kleinen Teil (6,7 %) medizinischer Natur, jedoch in 57,1 % der Fälle betriebswirtschaftlich definiert, in 17,1 % bestehen sie aus gemischt medizinisch-ökonomischen Kriterien.

Die Führungskräfte gaben weiterhin an, dass ihr fachlicher Input von der Geschäftsleitung zu wenig berücksichtigt werde und zu wenig in Strategieentwicklungen eingehe. Dies werde dadurch verschärft, dass sie für das Betriebsergebnis verantwortlich gemacht würden, ohne geeignete Steuerungsinstrumente und ausreichend Personal zur Verfügung zu haben. Die inhaltliche Kommunikation zwischen ärztlicher Leitung und Geschäftsführung werde überwiegend von Wirtschaftlichkeits- und Einsparthemen bestimmt, ohne dass die medizinischen Belange ausreichend berücksichtigt würden. Nach Meinung der Befragten ist eine gute Zusammenarbeit zwischen kaufmännischen und medizinischen Führungskräften für den Gesamterfolg des Krankenhauses bzw. des Klinikums notwendig; sie waren jedoch überzeugt, dass sich die Zielkonflikte in der Zukunft verstärken werden und dass dies die Beziehung zwischen Ärzten und Patienten nachteilig beeinflussen wird.

5. Das Bild von Ärzten und Managern in wechselseitiger Einschätzung

Es gibt nur wenige Studien zu den wechselseitigen Einschätzungen von Managern und Ärzten. In einer neueren Untersuchung wurden Führungskräfte aus dem Management über ihre Interaktion mit anderen Berufsgruppen befragt. Das Management bezeichnete es als große Herausforderung, mit den Vertretern der Ärztinnen und Ärzte sowie mit der Pflege zu Kompromissen zu kommen. Für das Management war es selbstverständlich, dass alle Leitungspersonen zusammenarbeiten

müssen, um ökonomischen Erfolg zu erreichen. In den Interviews mit ärztlichen und pflegerischen Leitungen wurde deutlich, dass sie die Marktorientierung ihrer Klinik zwar (gezwungenermaßen) anerkannten, jedoch nicht akzeptierten, da für sie das Erreichen einer guten pflegerischen und medizinischen Versorgung Priorität hat (Bode et al., 2016). Die beschriebenen Konflikte schlagen sich auch in den gegenseitigen Einschätzungen nieder: In einer niederländischen Studie, die in vier Krankenhäusern durchgeführt wurde, sollten die wechselseitigen Wahrnehmungen von Ärzten und Managern untersucht werden (Klopper-Kes et al., 2009). Dabei zeigte sich, dass

Ärzte...
- ihren Status als höher einschätzen als den von Managern;
- ihre eigene Macht im Vergleich zu Managern als niedriger einschätzen;
- Manager als die schlechteren Führungspersonen bezeichnen;
- Manager als Bedrohung ihrer eigenen Ziele und ihrer Macht sehen;
- Manager als ignorant gegenüber medizinischen Erfordernissen ansehen;

Manager...
- ihren Status als niedriger einschätzen als den von Ärzten;
- ihre Macht im Vergleich zu Ärzten als geringer einschätzen;
- Ärzte für wenig verantwortungsvoll halten;
- Ärzte für ignorant im Hinblick auf die Möglichkeiten eines guten Managements halten.

Zusammengenommen gibt es wenig Verständnis für die Zielsetzungen der jeweils anderen Gruppe, was angesichts der Prioritäten in den Ausbildungen von Ärzten und Managern sowie angesichts der Funktionen, die Krankenhäusern bisher zugewiesen werden, auch nicht überraschend kommt. Eine Konsequenz geringer Überlappungsbereiche in den Zielstellungen ist das fast völlige Fehlen gemeinsamer Zieldefinitionen und in der Folge ein Rückzug auf den eigenen Bereich. Die Interaktionsstrategien auf Seiten der Ärzte zeigen sich im internationalen Vergleich auf Verbandsebene als unterschiedlich (van Essen, 2009). In den Niederlanden gibt es Versuche, Konflikte zu lösen, während die Gegensätze in Deutschland und in Großbritannien eher konflikthaft und konfrontativ ausgetragen werden.

6. Strategien zur Wiedergewinnung der ärztlichen Autonomie

Die Diskussion über die Folgen des Primats betriebswirtschaftlicher Grundsätze im Krankenhaus wird fast ausschließlich innerhalb der Ärzteschaft geführt und es gibt nur wenige Versuche, die Konsequenzen der Transformation von Krankenhäusern in Unternehmen zu erklären. Einzelne Autoren haben die Diskussion aus ärztlicher Sicht aufgenommen (Maio, 2014), die meisten wissenschaftlichen Abhandlungen stammen jedoch aus den Sozialwissenschaften oder aus der Ökonomie. Es ist auch

unter Nichtökonomen unumstritten, dass die Krankenversorgung nicht defizitär sein darf, jedoch argumentieren Autoren, die eine Wohlfahrtsorientierung der Medizin vertreten, dass betriebswirtschaftliche Kriterien medizinischen Erfordernissen untergeordnet werden müssen (Maio, 2014). Es wäre jedoch für beide Seiten hilfreich, die Prioritätensetzungen der jeweils anderen Profession verstehen zu lernen. Dies könnte in der Definition gemeinsamer Ziele und in deren gemeinsamer Umsetzung bestehen.

Die Bundesärztekammer setzte eine Arbeitsgruppe ein, deren Aufgabe eine Bestandsaufahme sowie die Ermittlung der Folgen und Konsequenzen der Zunahme betriebswirtschaftlicher Leitungsstrukturen und des Machtverlusts von Ärztinnen und Ärzten war. Im Jahr 2007 legte sie das Arbeitsergebnis vor (2007, 2007). Als Lösung wurde vorgeschlagen, dass wirtschaftliches Denken Teil der Aus- oder Weiterbildung von Medizinern sein soll, jedoch, wie auch von Maio (Maio, 2014) vorgeschlagen, unter dem Primat der Medizin. Gleichzeitig werden Begrenzungen für gewinnorientiertes Wirtschaften formuliert; so hält die Ärztekammer soziale Ungleichheiten in der Behandlung für nicht akzeptabel, die großflächige Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an andere Berufsgruppen wird abgelehnt und es wird mehr Zeit für den direkten Kontakt mit Patienten gefordert.

Es ist nicht absehbar, ob eine Anreicherung der ärztlichen Ausbildung hilfreich wäre. Damit könnte zwar dem Machtverlust im Krankenhaus begegnet werden, ohne jedoch die Stellung von Ärztinnen und Ärzten voll wiederherstellen zu können, da Ärztinnen und Ärzte in einen nicht exklusiv von ihnen besetzten Bereich hineinwachsen würden. Eine zu starke Identifikation mit betriebswirtschaftlich gesteuerter Medizin kann dazu führen, dass das in der Bevölkerung kontinuierlich sehr hohe soziale Ansehen von Ärzten (IFD, 2001, 2005, 2013) abnimmt. Dies würde die Durchsetzungschancen zur Erhaltung oder Wiedergewinnung von Handlungsautonomie und Machtpositionen verringern. Es bleibt ihnen also nur, die Wohlfahrtsorientierung mit dem Primat des Medizinischen vor der Ökonomie zu erhalten.

7. Besonderheiten der Hochschulmedizin

Diese zunächst auf nicht akademische Krankenhäuser abzielende Beschreibung muss in einem nächsten Schritt auf akademisch-medizinische Einrichtungen übertragen und erweitert werden. Deren Auftrag liegt in der Krankenversorgung und gleichermaßen in der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie anderen medizinischen Berufsgruppen wie z.B. Krankenschwestern und Krankenpflegern. Zu den zwischen Managern und Ärzten unterschiedlichen Zielsetzungen kommt in den universitären Kliniken noch der Gegensatz zwischen Gewinnorientierung und der Freiheit von Forschung und Lehre hinzu. Im letzteren Fall sind – im Gegensatz zu den Machtverhältnissen im Krankenhaus – die Prioritäten gesetzt, denn im akademischen Bereich ist die berufliche Autonomie über die Freiheit von Forschung und Lehre durch das Grundgesetz verankert. Der Wissenschaftsrat hat in seinen Emp-

fehlungen bereits im Jahre 2006 Positionen formuliert und klar gegen die Mitsprache privater Träger in akademischen Angelegenheiten votiert (Wissenschaftsrat, 2006). Eine 2008 von Roland Berger Consultants für das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst des Landes Baden-Württemberg erstellte Expertise sieht in einer Privatisierung durchaus positive Aspekte, jedoch erkennen die Gutachter im akademischen Bereich zugleich Konflikte zwischen einer betriebswirtschaftlichen Leitung von Krankenhäusern und dem Erreichen von Exzellenz in Forschung und Lehre (Ministerium für Wissenschaft, 2008).

Das einzige Modell in Deutschland, das diese Konstellation in „reiner Form" repräsentiert, ist das Universitätsklinikum Gießen-Marburg (Zimmer, 2009). Dieser Fall ist in vielerlei Hinsicht nicht verallgemeinerbar, denn es wurden zwei (traditionell miteinander in Konkurrenz stehende) medizinische Fakultäten und ein privater Träger unter einem Dach zusammengefasst. Die Rhön AG hat im klinischen Bereich über die Besetzung und über die Stimmrechteverteilung die stärkere Position, denn die Dekane der beiden beteiligten medizinischen Fakultäten sind in der Geschäftsleitung ohne Stimmrecht. In welchem Ausmaß also die Administration in akademische Belange eingreift, hängt auf der Makroebene von der vertraglich festgelegten Aufgabenverteilung ab. Auf der Mikroebene ist es entscheidend, ob das Krankenhausmanagement sich als 1) Verwalter und Diener der Medizin sieht, 2) als Organisator mit dem Ziel der Optimierung von Rahmenbedingungen für den Betrieb der Medizin oder 3) als Manager mit eigenständigen und davon abgehobenen Zielen, die vorwiegend unternehmerisch-betriebswirtschaftlicher Natur sind (Bär, 2011).

8. Abschluss und Ausblick

In den vergangenen Jahren gab es in der deutschen Krankenhauslandschaft Veränderungen, die durch die Einführung von DRGs sowie durch die Zunahme privatwirtschaftlich geführter Hospitäler vor dem Hintergrund steigender Defizite im stationären Bereich befördert wurden. Die traditionelle Struktur von Krankenhausleitungen, die aus ärztlicher Leitung, Pflegedienstleitung und der Verwaltung bestand (Bode et al., 2016), wurde insbesondere in Häusern mit privater Trägerschaft ersetzt durch eine dominante Leitung von Managern, die im Gegensatz zur Verwaltung innerhalb der oben genannten Dreierstruktur eigene Zielsetzungen verfolgen. Sie sind nicht der optimalen Versorgung von Patientinnen und Patienten verpflichtet, sondern einem gewinnorientierten Wirtschaften. Vor dem Hintergrund dieses Strukturwandels haben Ärzte als Nebeneffekt nicht nur in privat geführten Häusern einen großen Teil ihrer Macht verloren, sondern auch in öffentlichen Häusern, da die Eigentümer in einer gewinnorientierten Leitung Chancen zur Vermeidung von unpopulären Defiziten sehen. Als Nebeneffekt entstanden Konflikte zwischen den ärztlichen und den pflegerischen Leitungen einerseits und Managern andererseits, da

deren Zielstellungen nur teilweise kompatibel sind. Zusätzlich fehlt das wechselseitige Verständnis für die Ziele der jeweils anderen Seite.

Es gilt in diesem Zusammenhang, Übereinstimmungen und Unterschiede in den Zielstellungen von medizinischen Berufsgruppen und Managern herauszuarbeiten und wechselseitig zu vermitteln, statt Konflikte eskalieren zu lassen. In Abhängigkeit von der betroffenen Institution werden die Ergebnisse unterschiedlich aussehen, denn nachdem die Zielstellungen geklärt sein werden, wird es darum gehen, Prioritäten zu definieren und als Konsequenz wird eine der beiden Gruppen die Richtung eines Krankenhauses im Hinblick auf Behandlungs- oder Gewinnorientierung bestimmen. Für die Bundesärztekammer (2007, 2007) stehen Patientenbehandlung und ärztliche Autonomie im Vordergrund, aber es gibt zahlreiche Akteure in diesem Bereich. Deshalb ist es wahrscheinlicher, dass in den kommenden Jahren unterschiedliche Versorgungsstrukturen mit heterogenen Zielsetzungen nebeneinander bestehen werden (Bode et al., 2016). In welchem Ausmaß kaufmännische Belange in die Hochschulmedizin hineinwirken, hängt letztlich von der vertraglich festgelegten Rollenverteilung ab, die sich aus der Verhandlungsstärke der Akteure ergibt.

Literaturverzeichnis

2007, A.d.V.d.B. (2007). *Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland. Folgen für die ärztliche Tätigkeit.* Berlin: Bundesärztekammer.

Asklepios. (2016). https://www.asklepios.com/konzern/unternehmen/ueber-uns/management/.

Bär, S. (2011). *Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft. Krankenhausmanager und ihre Konzepte.* Wiesbaden: VS-Verlag.

Bode, I. (2010). Die Malaise der Krankenhäuser. *Leviathan,* 38, 189-211.

Bode, I., Lange, J., & Märker, M. (2016). Caught in organized ambivalence: institutional complexity and its implications in the German hospital sector. *Public Management Review*, 1-17.

Bode, I., & Maerker, M. (2014). Management in medicine or medics in management? The changing role of doctors in German hospitals. *International Journal of Public Sector Management,* 27, 395-405.

Bundesamt, S. (2015). *Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser 2014; Fachserie 12, Reihe 6.1.1.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Fölsch, U.R., Marker-Hermann, E., Schumm-Draeger, P.M., Frey, N., Muller-Quernheim, J., Stuber, E., et al. (2014). DGIM-Studie „Ärzte-Manager 2013“ Konfliktpotential im Krankenhaus: Die Zusammenarbeit zwischen ärztlicher und kaufmännisch-wirtschaftlicher Leitung [„Physicians/Managers 2013“: a study of the German Society of Internal Medicine]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift,* 139, 726-734.

IFD, I.f.D.A. (2001). Allensbacher Berichte 2001. Allensbach: IFD, Institut für Demoskopie Allensbach.

IFD, I.f.D.A. (2005). Allensbacher Berichte 2005. IFD, Institut für Demoskopie Allensbach.

IFD, I.f.D.A. (2013). Allensbacher Berichte 2013. Allensbach: Institut für Demoskopie Allensbach.

Kälble, K. (2014). Die ärztliche Profession und ärztliches Handeln im Spannungsfeld von Medizin und Ökonomie: Wird der Arzt zum Gesundheitsmanager? *GGW- Gesundheit und Gesellschaft,* 14, 16-25.

Klopper-Kes, A.H.J., Meerdink, N., Harten, W.H.v., & Wilderom, C.P.M. (2009). Stereotypical images between physicians and managers in hospitals. *Journal of Health Organization and Management,* 23, 216-224.

Luhmann, N. (1973). *Vertrauen. Ein Mechanismus zur Reduktion sozialer Komplexität.* Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Maio, G. (2014). *Geschäftsmodell Gesundheit* Berlin: Suhrkamp.

Ministerium für Wissenschaft, F.u.K.d.L.B.-W. (2008). Strukturelle Weiterentwicklung der Baden-Württembergischen Universitätsklinika (Roland Berger Strategy Consultants) (p. 248). Stuttgart: Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst des Landes Baden-Württemberg

Sack, D. (2009). Zwischen Usurpation und Synergie – Motive, Formen und Entwicklungsprozesse von Public Private Partnership. *Zeitschrift für Sozialreform,* 55, 211-230.

Sana. (2016a). https://www.sana.de/unternehmen/aktionaere.html.

Sana. (2016b). https://www.sana.de/unternehmen/organisation/vorstand.html.

Siegrist, J. (2005). *Medizinische Soziologie (6. Aufl.).* München: Urban & Fischer.

Siegrist, J. (2012). Die ärztliche Rolle im Wandel. *Bundesgesundheitsblatt– Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz,* 55, 1100-1105.

van Essen, A.M. (2009). New hospital payment systems: comparing medical strategies in The Netherlands, Germany and England. *J Health Organ Manag,* 23, 304-318.

Wissenschaftsrat. (2006). Empfehlungen zu Public Private Partnerships (PPP) und Privatisierungen in der universitätsmedizinischen Krankenversorgung (p. 84). Wiesbaden: Wissenschaftsrat.

Zimmer, A. (2009). PPP im Krankenhausbereich: Das Universitätsklinikum Gießen – Marburg als Solitär. *Zeitschrift für Sozialreform,* 55, 253-273.

Organisationsfehler im Krankenhaus: Von der notwendigen Unterscheidung zwischen guter und schlechter Informalität

Prof. Dr. Werner Vogd

Über Organisationsfehler im Krankenhaus im Kontext einer rechtswissenschaftlichen Diskussion nachzudenken,[1] wirft für einen Soziologen, der seit mehr als 15 Jahren zu ärztlichen Handlungs- und Entscheidungspraxen im Krankenhaus forscht,[2] insbesondere folgende Fragen auf:

1. Wie stellt sich die Beziehung von Medizin und Recht dar?
2. Wie ist das Verhältnis von Regel und Regelanwendung bzw. Regelabweichung praktisch ausgestaltet?
3. Welche Faktoren und Bedingungen konditionieren die zuvor benannten Verhältnisse?
4. Wie verläuft die Zurechnung auf eine Organisation oder Person? Wo verläuft die moralische (nicht rechtliche) Grenze, die ein bestimmtes Arrangement als (noch) akzeptabel, ein anderes jedoch als verwerflich erscheinen lässt?

---

[1] Ich danke Martin Gerhard und Prof. Dr. Gunnar Duttge für die hilfreiche Kritik aus rechtswissenschaftlicher Perspektive.

[2] Siehe etwa die qualitativ-rekonstruktive Längsschnittstudie zu ärztlichen Entscheidungsprozessen im Krankenhaus (*Vogd* 2006; *Vogd* 2007b) und die aktuelle, von der DFG geförderte Studie zur Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement (*Vogd* et al. 2017). Siehe zum Problem der Konditionierung ärztlichen Handelns und Entscheidens bereits *Vogd* (2002b).

In diesem Beitrag versuche ich Antworten auf diese Fragen zu finden und zu einer Argumentation zu verschränken. Eines meiner Ziele wird dabei sein zu verdeutlichen, dass ärztliches Handeln im Krankenhaus nicht umhinkommt, in rechtlichen Grauzonen zu agieren. Bei näherem Hinschauen sind dabei jedoch zwei Formen von Informalität zu unterscheiden: eine aus professionstheoretischer Perspektive gute und legitime Informalität (die dem Funktionsbezug ärztlicher oder pflegerischer Handlungsorientierungen nicht zuwiderläuft, sondern sie vielmehr grundsätzlich erst möglich macht) und eine schlechte Informalität (die sich dadurch auszeichnet, dass der medizinische oder pflegerische Code[3] offensichtlich korrumpiert wird).

1. Wie ist die Beziehung von Medizin und Recht?

Während Medizin und Wirtschaft im Alltag wider die offizielle Rhetorik der ärztlichen Standesvertreter recht unverkrampft in gemeinsamer Koproduktion miteinander umgehen – die Krankenbehandlung erfordert Geld und man kann mit ihr Geld verdienen –, stehen Recht und Medizin aus verschiedenen Gründen in einer problematischeren Beziehung zueinander. Der Handlungsdruck in den Krankenhäusern und ärztlichen Praxen führt oftmals zu Konstellationen, in denen rechtliche Vorgaben außer Acht gelassen werden müssen, um die Arbeit erledigen zu können.[4] Beispielsweise werden Arbeitszeitgesetze oft missachtet, führen Akteure Verrichtungen aus, für die sie formal nicht qualifiziert sind,[5] und werden Patienten vielfach nicht hinreichend über die Folgen bestimmter Interventionen aufgeklärt. Zudem erscheint die Arzt-Patienten-Beziehung oftmals von problematischen Gewaltmomenten durchsetzt.[6] Darüber hinaus begegnen wir im Krankenhaus der ‚Grauzone Sterben', in der Grenzen zwischen Sterbehilfe, Verletzung des Patientenwillens und unterlassener Hilfeleistung oftmals verschwimmen.[7]

Auch in Fragen medizinischer Versuche und der Erprobung neuer therapeutischer Verfahren ist die Grenze zwischen Überzeugen, Überreden und über die eigentlichen Motive Täuschen fließend. Gleiches gilt für das Verhältnis von sinnvoller Erprobung, Compassionate Use und Versuchen der pharmazeutischen Industrie, Einfluss auf das Verhalten der Ärzte zu nehmen (sei es im Hinblick auf eine Verschreibung oder wohlwollende Publikation).

---

[3] Siehe zu einer systemtheoretischen Formulierung des medizinischen Codes *Luhmann* (1990), diesbezüglich zur Pflege *Behrens* (2005).

[4] Beispielsweise: Wenn das vorgeschriebene Gerät zur Aufwärmung von Blutkonserven gerade nicht auf Station verfügbar ist, bleibt nichts anderes übrig, als mit „Bordmitteln" zu arbeiten (z.B. per Hand aufzuwärmen).

[5] Man denke etwa an die übliche Praxis, durch die ärztliche Unterschrift nachträglich die Medikamentengabe der Pflegekraft im Nachtdienst zu legitimieren.

[6] Als ein mehrfach beobachtetes Beispiel ist hier die Ruhigstellung rebellischer Patienten durch medizinisch nicht indizierte Psychopharmaka zu nennen, was dann üblicherweise auf die Initiative überlasteter Pflegekräfte zurückgeht.

[7] Vgl. *Vogd* (2009a).

Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass ärztliche Kompetenzen – etwa das Ge-schick, einen schwierigen Eingriff komplikationsfrei durchzuführen – durch Trai-ning erlernt werden müssen. Auch hier entsteht eine Grauzone im Hinblick auf die Frage, bei welchen Patienten man bereit ist, höhere Risiken einzugehen. Ebenso ist es unter Krankenhausärzten nicht unüblich, an unmittelbar Verstorbenen noch einige komplexe Interventionen zu üben, um diese dann im Ernstfall besser zu beherrschen.

Doch auch innerhalb der Alltagsroutinen ergeben sich aus den besonderen Handlungsdynamiken ärztlicher Tätigkeit Problemstellungen, die einer allzu starken rechtlichen Formalisierung widersprechen. Ärztliche Praxis findet unter Zeitdruck statt und oftmals sind therapeutische Entscheidungen auf einer unsicheren Wissensbasis zu treffen.[8] Gerade bei komplizierten Fällen oder seltenen Krankheitsbildern folgt die Ermittlung des richtigen diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens weniger einem vorprogrammierten Rational denn einer Kette von Suchbewegungen, in denen auch Zufall, Glück und Intuition eine Rolle spielen – etwa dass einem behandelnden Arzt eine passende Differenzialdiagnose einfällt, zufällig ein entsprechend kompetenter Praktiker vor Ort ist oder in der Folge der richtige Facharzt eingeschaltet wird.[9]

Die vorangehenden Punkte – und darüber hinaus allein schon die Tatsache, dass bei jedem Arzt mal etwas schiefgehen kann – lassen die allzu nahe und penible Beobachtung ärztlicher Praxis durch das Recht problematisch erscheinen. Zu schnell könnten haftungs- oder gar strafrechtliche Konsequenzen die Ärzte (und die Organisation Krankenhaus) in eine Situation bringen, welche die Ausübung ihrer Arbeit generell infrage stellt[10] oder zumindest Anreize zu Absicherungszeremonien geben würde, die sowohl medizinisch als auch im Sinne des Patienteninteresses kontraindiziert erscheinen.[11]

All dies lässt also verständlich erscheinen, warum seitens der Medizin (und wohl auch seitens der Pflege) im Krankenhaus das Recht auf eine gewisse Distanz gehalten wird und im Hinblick auf die Beziehung von formalen und informalen Praktiken

[8] Siehe zur Notwendigkeit, Ärzte für den Umgang mit „uncertainty“ zu trainieren, bereits *Fox* (1969).

[9] Aus medizin- und organisationssoziologischer Sicht kommen bereits *Strauss et al.* (1963) zu der Einschätzung, dass informelle Prozesse unabdingbar für das Funktionieren von Krankenhäusern sind. Es sei „openly recognized: too rigid a set of rules would only cause turmoil and affect the hospital's overall efficiency " (ebd.: 153).

[10] Dies wiederum kann dazu führen, dass es sich ökonomisch nicht mehr lohnt, in bestimmten Fachgebieten entsprechende Dienstleistungen anzubieten (man denke etwa an die Geburtsmedizin), so dass hier dann von staatlicher Seite Supplemente geschaffen werden müssten (vgl. *Beck* 2005). So lässt sich etwa für die USA vermuten, dass mindestens 10 % der finanziellen Aufwendungen für das Gesundheitssystem haftungsrechtlichen Fragen geschuldet sind (vgl. *Roberto* 2003).

[11] Die drohende Gefahr, rechtlich belangt zu werden, kann Ärzte zu übermäßig absicherndem Verhalten motivieren, das der eigentlichen medizinischen Rationalität zuwiderläuft. Ärzte neigen dann dazu, teils invasive und im Hinblick auf Nebenfolgen nicht unbedenkliche diagnostische Verfahren zu verordnen, um das Risiko der Falscherkennung einer Erkrankung auszuschalten (‚defensive testing'). Unter dem Strich sind die medizinischen Risiken der Untersuchungen oftmals höher zu veranschlagen als die Wahrscheinlichkeit, durch die auszuschließende Fehldiagnose zu Schaden zu kommen (*DeKay u. Asch* 1998; *Pauker u. Pauker* 1998).

letztere oftmals in einer rechtlichen Grauzone stattfinden.[12] Die vorangehenden Abschnitte lassen deutlich werden, dass die Handlungsorientierung der in der Patientenversorgung tätigen Akteure einer Eigenlogik folgt, die dem durch Dokumentationspflichten formatierten Denken und Handeln der an Rechtsvorschriften orientierten Verwaltung der Krankenkassen eher fremd ist. Gleiches gilt für die Institutionen der Rechtspflege.

Im folgenden Kapitel wird deutlich werden, dass diese Divergenzen in den Handlungsorientierungen durch starke soziale Kräfte geprägt werden, die sich insbesondere in den professionellen Eigenlogiken der Ärzte ausdrücken.[13]

2. Wie ist das Verhältnis von Regel und Regelanwendung bzw. Regelabweichung praktisch konditioniert?

Aus soziologischer Sicht erscheint nun insbesondere die Frage von Bedeutung, wie die informalen Prozesse sozial konditioniert sind, denn erst unter diesem Blickwinkel erschließt sich ihre Sinnhaftigkeit oder Problematik für den Behandlungsprozess wie auch für die Organisation Krankenhaus. Mit Blick auf die Genese der ärztlichen Handlungsorientierungen sind insbesondere folgende Dynamiken kritisch zu beleuchten: die Arzt-Patienten-Beziehung (a), die Behandlung Sterbender (b), der Umgang mit Behandlungsfehlern (c) sowie das Verhältnis der Ärzte untereinander (d) und innerhalb der Hierarchie (e).

(a) Arzt-Patienten-Beziehung: Die Arzt-Patienten-Beziehung ist mit Blick auf das Kompetenz- und Wissensgefälle und – insbesondere im Krankenhaus – aufgrund der existenziellen Bedürftigkeit des Patienten per se asymmetrisch gelagert. Das normative Primat einer geteilten Entscheidungsfindung[14] hebelt diesen Befund nicht aus, sondern kann nur auf formaler Ebene als ein Korrektiv der tieferliegenden Machtasymmetrie fungieren. Dies begründet eine spezifische (heutzutage eher implizit bleibende) professionsethische Haltung der Ärzte, wie sie etwa Dörner expliziert: Sich den Patientenbedürfnissen verpflichtet zu fühlen, balanciert die eigene Macht, was dann jedoch nicht ausschließt, auf der formalen Ebene so zu tun, als ob eine symmetrische Interaktion auf Basis geteilten Wissens möglich sei (vgl. Dörner 2001, S. 48 ff.).

In der Praxis mündet diese komplexe professionsethische Ausgangslage im Behandlungsteam oftmals in raffinierte Arrangements aus Überzeugen, Überreden, Aufklären, Beruhigen und Verschweigen, etwa wenn seitens der Ärzte oder des Behandlungsteams Bewusstheitskontexte gezielt geöffnet und geschlossen werden (so

[12] Vgl. *Elkeles und Crojethovic* (2016).

[13] Im Hinblick auf die Frage der Autonomie, der formalen Kompetenz, Entscheidungen zu treffen, und dem Aufbau eigener Institutionen wie den Ärztekammern, die für die interne Regulierung zuständig sind, zeigen sich hier deutliche Unterschiede zur Pflege, der mit Blick auf die benannten Kriterien bestenfalls der Status einer Semiprofession zugewiesen werden kann.

[14] Vgl. *Charles et al.* (1999).

schon Glaser u. Strauss 1965). Indem durch rituelle Formen bestimmte Kommunikationen eröffnet oder abgeschnitten werden (Strong 1979), lassen sich „Arrangement[s] der Hoffnung" (Hermann 2005) aufbauen, über die Patienten und Angehörige – etwa bei schwerer oder finaler Krankheit – situativ beruhigt oder dazu ermutigt werden können, sich weiterhin auf ein Behandlungsregime einzulassen, das dann seinerseits mit erheblichen Risiken und Nebenwirkungen verbunden sein kann.[15] Mit Blick auf die Arzt-Patienten-Beziehung handelt es sich hier nicht – wie man zunächst denken könnte – in einer simplen Weise um Täuschung, Manipulation oder einfach nur um den fehlenden Willen zur Aufklärung. Vielmehr drücken sich hier komplexe soziale Dynamiken aus, die sowohl durch organisatorische und fachliche Bedingungen[16] als auch durch die Ängste und Hoffnungen der Patienten und Angehörigen konditioniert werden, wie etwa folgendes Beispiel illustriert (auf einer chirurgischen Station beobachtet):

„Ein alter Mann, der schon mehrmals aufgrund eines Rektumkarzinoms operiert wurde, liegt mit einem großen Tumorblock im Bauch in einem Zimmer einer chirurgischen Station. Der Mann wünscht dringend eine Therapie. Der Beobachter fragt die Stationsärztin, ihrerseits Fachärztin,

---

[15] Hier zwei Beispiele zu Arrangements der Hoffnung, wobei das letztere subtiler gelagert ist, da hier das Wissen um das Scheitern vom Arzt wie auch vom Patienten mitgeführt wird:

„8:20 Oberarztvisite

Oberärztin (zu einem Patienten, der ein paar Tage zuvor aufgrund eines Rektumkarzinoms operiert wurde): Eigentlich sind Sie geheilt ... die Chemotherapie, das ist nur das Tüpfelchen auf dem ‚i'" (*Vogd* 2004a, S. 144).

„9:40 Chefarztvisite (im Patientenzimmer)

Prof. Wieners: Sie können wir jetzt als geheilt entlassen ... es geht ja heute nach Hause.

Patient: Jetzt muss ich Ihrem Team ausdrücklich noch mal das Lob aussprechen ... Sie haben sich hervorragend um mich gekümmert ... auch um die Kleinigkeiten, die kleinen Probleme, die ich so hatte [...].

Prof. Wieners (wendet sich zum nächsten Patienten, dreht sich aber nochmals zu Herrn Schulz zurück):

Auch wenn ich jetzt sage ‚geheilt', kann es dann doch sein, dass die Krankheit noch mal wiederkommt.

Patient: Ja, das weiß ich ja, wusste ich auch schon, als ich mit der Therapie angefangen habe" (*Vogd* 2004a, S. 145).

[16] Ein erfahrener Chirurg reformuliert in diesem Sinne sein Verhältnis zur Patientenaufklärung in folgender Weise:

„Beobachter: Kann der Patient da mitentscheiden?

Dr. Kindl: Nein, wir Chirurgen bilden uns vorher eine Meinung, und dann erklären wir das dem Patienten. ... Die Beratung kostet Zeit und Überstunden. [...] Und die Patienten sind dann sowieso überfordert. Das habe ich mal bei einer Beratung bei einer Hernie am Bein in der AiP-Zeit erlebt. Der Arzt hat dann gesagt: Sie können es machen lassen oder auch nicht, das können Sie entscheiden und der Patient war dann ganz verzweifelt: ‚Was soll ich denn machen.' ... Und dann rennen die Patienten sowieso oft von Arzt zu Arzt und man hat nichts davon (man gibt sich Mühe, erklärt alles und dann kommen die nicht wieder). ... Was wir immer machen und für gut halten, sind diese Merkblätter. Die Chefs halten die immer für überflüssig. Die Assistenten aber ‚lieben' die" (Vogd 2004b, S. 149).

Aus diesem Grunde ist auch eine zu starke Formalisierung der Aufklärungstätigkeit für die ärztliche Arbeit kontraproduktiv, denn hiermit erscheint eine zweite ‚Wissens-' oder ‚Diskursspur', die dann ärztlicherseits wieder ‚neutralisiert' werden muss. Siehe etwa folgende Bemerkung eines internistischen Chefarztes:

„Jetzt mit den Aufklärungsbogen ... Juristerei und Medizin ist dann eine unheilsame Verbindung. Die Aufklärungsbögen, wenn man die den Patienten mitgibt, dann schlafen die nachts 5 cm höher, so Angst haben die. ... Früher war Aufklärung eine hohe ärztliche Kunst. Der Patientenkontakt war wichtig und man musste sich dann genau hineindenken, was man dem Patienten dann sagen konnte und wie man ihn dann am besten beruhigt. Jetzt bekommt der nur noch den Zettel und dann geben wir nachts eine Valium ... dann heißt es, ‚die Qualität der ärztlichen Behandlung verbessert sich'. Mag dann vielleicht statistisch sein, dass es dann genauso gut ist wie vorher. Aber der Patient, der wird dann mit seinen Ängsten doch alleinegelassen" (Vogd 2006, S. 219).

was denn nun geschehen werde und ob der Patient, wie von ihm gewünscht, operativ eine Sonde zur künstlichen Ernährung gelegt bekäme. Die Ärztin antwortet ‚Nein', das mache keinen Sinn, er werde nur noch wenige Tage leben. Und außerdem entscheide hier nicht der Patient, sondern die Ärzte, was geschehe. Eine halbe Stunde später begleitet der Beobachter die Ärztin zur Oberarztvisite. Vor dem Patientenzimmer unterhalten sich Stationsärztin und Oberärztin kurz und kommen zu dem Schluss, dass die Sonde medizinisch und therapeutisch überhaupt keinen Sinn mehr mache. Im Patientenzimmer fragt die Oberärztin: ‚Sie wollten doch eigentlich eine künstliche Ernährung haben.' Der Patient schaut der Chirurgin direkt in die Augen und sagt: ‚Bitte, bitte, helfen Sie mir.' Zwei Stunden später wird der Patient in den Operationssaal gefahren und bekommt die Sonde gelegt" (Vogd 2009b, S. 97).

(b) Tod und Sterben: Noch prekärer wird das Verhältnis der Ärzte mit Blick auf all jene Fragen, die mit dem Tod von Patienten zu tun haben. Zu denken ist hier zunächst an die inoffiziell geleistete Sterbebegleitung im Akutkrankenhaus, die abrechnungstechnisch seitens der Krankenkassen nicht vorgesehen ist, also nur unter Vortäuschung von akutmedizinisch indizierter Diagnose und Therapie zu finanzieren ist (vgl. Vogd 2002a). Darüber hinaus erscheint die nur unter extrem geschützten Bedingungen diskursiv verhandelbare Frage, wann ein Patient sterben ‚darf'. Auch hier sind Ärzte und Pflegekräfte durch die entsprechenden sozialen Dynamiken gefordert, einen Modus Operandi zu finden, der sowohl Handlungsfähigkeit (im Sinne von situationsangemessener Entscheidungsfreiheit) zugleich ermöglicht und aufrechterhält als auch die kritische Beobachtung durch das Recht auf Distanz hält.[17]

(c) Behandlungsfehler: Gleiches gilt für Behandlungsfehler, die gegenüber den Patienten und Angehörigen in der Regel verborgen bleiben und auch in der Dokumentation aus- oder zumindest abgeblendet werden.[18] Der auch von den Rechtsabteilungen der Krankenhäuser beförderte Wunsch, dass das Fehlverhalten keine Folgen haben möge, legt es nahe, hier den Mantel des Schweigens anzulegen. Zudem kann vieles, was die Mediziner tun (und wohl oder übel auch tun müssen), gegenüber

---

[17] Hier am Beispiel, wie auf einer onkologischen Station denkbare Varianten ins Spiel gebracht werden können, ohne dabei rechtliche Angriffspunkte zu bieten:

„15:10 Personalaufenthaltsraum

Pfleger (kommt herein und schließt die Tür): Wie sind unsere Optionen ... Zadek, Paul ... springen wir? ... Verhalten? ... Oder schauen wir weg?

Dr. Kringe: Bei Zadek springen wir verhalten ... bei Paul ziehen wir alle Register ... wenn da stärkere Blutungen sind, bis zur Chirurgie ..." (*Vogd* 2004a, S. 151).

[18] Hier ein Beobachtungsprotokoll zum Umgang mit einem Behandlungsfehler – kritische Selbstreflexion, aber zugleich Schließung des Bewusstheitskontextes gegenüber den Angehörigen:

„Dr. Reif (zum Beobachter und der Famulantin): Das ist dann auch so eine Sache. Die ist dann Sonntagnachmittag gekommen und keiner hat Fieber gemessen, [...] das muss man jetzt mal bei den Schwestern ansprechen, wenn ich das dann aufschreibe, dann sagen die: das sollen wir doch immer, brauchen Sie doch nicht zu schreiben, aber dann geschieht das doch nicht. ... gut, das war dann eine Schrittmacherpatientin ... stand unter starken Arrhythmika ... selbst wenn das jetzt eine Lungenentzündung gewesen wäre und man hatte Antibiotika gegeben, dann hätte man den Verlauf vielleicht nicht ändern können. ... auch hätte das jetzt ein Schlaganfall sein können, ... heute Morgen bei der Untersuchung war der Arm ja dann wie ein Stein runtergefallen, ... ich sage da jetzt nur, in der Fieberkurve ist jetzt eine Lücke und wenn da jetzt einer nachschauen würde, dann gäbe es ein großes Problem ... [...]. Dem Enkel, dem sage ich das jetzt natürlich nicht, was ich eben erzählt habe" (*Vogd* 2004b, S. 147).

Laien nicht kommuniziert werden. Wenn etwa frisch verstorbene Patienten den jungen Assistenten noch als Übungsobjekte dienen, um schwierige Eingriffe für den Ernstfall zu trainieren,[19] so gebietet allein schon die Pietät,[20] dass man die Angehörigen diesbezüglich nicht vorher um Erlaubnis fragt.

Gerade in Problemstellungen wie den zuvor benannten zeigen sich unüberbrückbare Diskrepanzen zwischen Common-Sense-Moralvorstellungen, Rechtsnormen und den professionsethischen Primaten ärztlicher Handlungsorientierungen. In diesem Sinne verwundert es nicht, dass in der ärztlichen Praxis die Grenzen zwischen Wahrheit, Täuschung und situationsangepasster Selektion von Information oftmals verschwimmen, was jedoch ärztlicherseits wiederum mit der Fähigkeit einhergeht, zwischen den Zeilen zu lesen und Darstellungen von anderen Ärzten entsprechend kritisch zu beobachten. Aus Perspektive der hiermit einhergehenden kritischen Grundhaltung misstrauen Mediziner üblicherweise dann auch dem Wissenschaftsbetrieb, was teilweise auch ihre Distanz gegenüber Leitlinien und der sogenannten *evidence based medicine* erklärt.[21]

Wie auch immer, mit Blick auf die vorangehenden Problemfelder zeigt sich: Die ärztlichen Handlungsorientierungen zeichnen sich dadurch aus, mit unklaren, mehrdeutigen Informationslagen umgehen zu können, als auch umgekehrt diffuse Informationslagen zu generieren, um komplexe, emotional belastende Interaktionssituationen zu bewältigen, in rechtlichen Grauzonen bestehen zu können und um die Legitimität der eigenen Position nicht zu gefährden.

Aus der Binnenperspektive der Ärzte heißt dies, um es ein wenig zu überspitzen: Ärzte misstrauen jedem (mit Ausnahme der eigenen Person) und haben entsprechend die Autonomie, situationsangepasst ihre eigenen Regeln zu definieren, um erst auf diesem Wege ihren schwierigen Alltag bewältigen zu können. Aus Perspektive des Juristen mag dies demgegenüber nur bezeugen, dass Ärzte das geltende Recht

---

[19] So beobachtet auf einer Inneren Station, laut Berichten von Ärzten in anderen Bereichen, insbesondere natürlich in der Chirurgie weit verbreitet.

[20] An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass das, was der Common Sense und auch Juristen unter Pietät verstehen, perspektivisch nicht mit dem übereinstimmt, was Ärzte hierunter verstehen.

[21] Siehe etwa die folgenden Ausschnitte aus Interviewgesprächen mit zwei chirurgischen Oberärzten, die ihr Misstrauen gegenüber der medizinischen Wissenschaft äußern:

„*Oberärztin:* [...] Und für mich ist das schon immer sehr interessant, dann die Ergebnisse zu lesen oder zu hören, aber das reicht eben nicht aus, weil die halt massivst gefälscht sind, und es ist halt, es wäre schon wichtig, [...] das wirklich zu kontrollieren, wie's wirklich ist, [...] ich hab ja Doktorarbeiten laufen gehabt und hab auch zwei laufen und ich weiß, meine sind jetzt noch nicht abgeschlossen, aber ich weiß ja, die ehemaligen, ja klar, die ich betreut habe, ich weiß doch, wie das gemacht wird, das ist so nicht echt, [...] ich weiß, ich kenne die echten Zahlen. [Jetzt auf den Kongressen], also wichtig sind auch immer die Diskussionen nach den Vorträgen, da hört man unheimlich viel raus; die Vorträge sind halt gemacht und die Zahlen sind auch gemacht, aber die Diskussionen anschließend, die sind enorm wichtig."

„*Leitender Oberarzt:* [...] Man weiß ja zum Teil auch, wie solche Studien entstehen, die Ergebnisse von solchen Studien; also ich bin da schon sehr skeptisch im Glauben an die Wissenschaft, weil bestimmte Dinge im Prinzip so als These und Provokation hingestellt werden, und dann quatschen das alle Kliniken erst mal nach und komischerweise ist es sehr häufig, dass die gleichen Ergebnisse, die eine Pilotstudie erzielt hat, im Prinzip ja in den Folgestudien nie wieder erreicht werden, und das gibt mir schon zu denken; Stichwort Datenmanipulation, gibt es ja auch ne ganze Reihe von Beispielen" (*Vogd* 2004b, S. 194 f.).

nach eigenem Gusto missachten. Genau in dieser Perspektivendivergenz kommt das bereits zu Anfang angedeutete prekäre Verhältnis von Medizin und Recht zum Ausdruck.

(d) Gruppenzwänge: In Bezug auf die intermedizinischen Beziehungen ist mit Rohde von einer subtilen Gleichzeitigkeit von Kooperation und Konkurrenz auszugehen (s. schon Rohde 1974, S. 438 ff.). Beispielsweise erscheinen die Ärzte im Krankenhaus und in freier Praxis einerseits als Kontrahenten eines Spiels, in dem versucht wird, dem jeweils anderen den Schwarzen Peter in Bezug auf Arbeitslasten und Kosten zuzuschieben. Ebenso werden in Gesprächen unter Ärzten oftmals Zweifel an der Kompetenz ihrer Kollegen geäußert. Demgegenüber betonen viele Ärzte jedoch im unmittelbaren Kontakt untereinander in der Regel die übergeordnete Klammer ‚medizinischer Kooperation'. Ein offener Streit würde allzu leicht die Legitimationsbasis der eigenen Arbeit infrage stellen. Lieber unterstellt man dem anderen stillschweigend einige Tricks und Manöver und richtet seine Erwartungen an entsprechenden Verhaltensweisen aus,[22] als dass der verlässliche Rahmen medizinischer Kooperation destruiert wird.

Dies gilt selbstredend auch für ‚Kunstfehler'. Wenngleich diesbezüglich wechselseitige Vorwürfe unter vorgehaltener Hand oft zu hören sind, werden die hiermit einhergehenden Konflikte jedoch sehr selten offen, d.h. den Kreis der informalen Peer-Kommunikation überschreitend, ausgetragen. Öffentliche Stellungnahmen zum Fehlverhalten von Kollegen oder gar Anzeigen kommen praktisch nicht vor, und wenn sie dennoch geschehen, neigt die ärztliche Hierarchie des Krankenhauses üblicherweise dazu, eher die „Kläger" denn die „Angeklagten" zu stigmatisieren.[23] Es zeigt sich eine nahezu unzerstörbare Loyalität unter den Ärzten und Ärztegruppen, auch wenn sie für verschiedene Institutionen arbeiten. Dieser Korpsgeist ist allein schon deshalb essentiell für Ärzte, weil jedem eben mal ein Malheur passieren kann[24] und die offene Darlegung und Diskussion von Pannen die Institution der ärztlichen Profession zu sehr gefährden würde. Zudem stehen die Ärzte als Anbieter medizinischer Leistungen potenziell immer im Konflikt mit jenen Institutionen, welche ihre Arbeit finanzieren. In Bezug auf die Beziehung zwischen freier Praxis und Krankenhaus mündet der Charakter der professionellen Kooperation entsprechend tendenziell in den von Rohde (1974, S. 345 ff.) formulierten medizinsoziologischen Befund, dass „das Verhältnis vor allem dann ‚stimmt', wenn das, was der

[22] Schon in Referenz auf die verschiedenen Abteilungen eines Krankenhauses wird regelmäßig die Vermutung geäußert, dass die jeweils anderen ihre schwierigen Patienten „abschieben" würden.

[23] Eine der seltenen Ausnahmen stellt die Anzeige gegenüber dem Ulmer Herzchirurgen Andreas Hannekum dar. Doch auch hier haben sich die Zeugen und medizinischen Gutachter im Verfahren letztlich hinter den Chirurgen gestellt, während der anzeigende Chefarzt der Anästhesie seinerseits mit negativen Konsequenzen im Hinblick auf seinen Status innerhalb der Klinik zu rechnen hatte (SPIEGEL 1995).

[24] Man weiß zwar, dass Pannen, Pfusch und auch Schlimmeres vorkommen, doch auch hier kommt jene Paradoxie der Profession zum Vorschein, dass von außen nicht sein kann, was nicht darf – und entsprechend kein Akteur seine Unzulänglichkeiten ‚outen' würde, von innen gesehen jedoch all dies zu der gedeckten und dem ärztlichen Feld längst vertrauten Praxis gehört.

Krankenkasse berichtet wird, nicht stimmt“. Dies darf allerdings nicht in einer Weise missverstanden werden, dass Ärzte jetzt im Regelfall (und zwar primär mit der Intention, Gewinn zu erzielen) die Kassen betrügen würden. Vielmehr sind hier allein schon die vielen kleinen Anpassungen in der Indikationsstellung gemeint, die alltagspraktisch veranlasst sind, um die auch für medizinisch notwendig erachtete Diagnostik und Therapie finanziert zu bekommen. Freilich bleibt dabei zunächst die Frage offen, wie und wodurch diese rechtliche Grauzone konditioniert wird (die Grenze zwischen professionsethisch motiviertem Korpsgeist und mafiös anmutender Gruppenloyalität ist insbesondere von einem externen rechtlichen Beobachter nur schwer auszumachen).

e) Hierarchie: Ein wesentliches Moment, die Loyalität der Ärzte untereinander im Sinne eines Korpsgeists aufzubauen, ist die Einsozialisation der angehenden Ärzte in eine hierarchische Beziehung, die – ähnlich der Ausbildung eines Soldaten in der Armee – einerseits kaum Widerspruch gestattet, andererseits vom Adepten erwarten lässt, kleinere und manchmal auch größere Rechtsverstöße als Selbstverständlichkeit hinzunehmen. Im Sinne einer „brauchbaren Illegalität“ (Luhmann 1999 [1964], S. 304 ff.) wäscht dann eine Hand die andere. So werden ärztliche Fehler zwar intern kritisiert, doch erfährt der Arzt in der Regel Schutz durch die Abteilung, so dass sein Vergehen außerhalb der Abteilung nicht bekannt wird. Ebenso ist es ein übliches Vorgehen, Leistungen, die für die ärztliche Weiterbildung zum Facharzt benötigt werden, auch dann zu zertifizieren, wenn sie noch nicht im vollen Umfang erbracht worden sind. Hierfür wird dann umgekehrt von Assistenzärzten im Krankenhaus unausgesprochen erwartet, Arbeitszeitgesetze zu missachten[25] oder – wenn es sich nicht anders machen lässt – Standards außer Acht zu lassen.[26]

---

[25] Das gezielte Über-die-eigenen-Grenzen-Gehen gehört dabei zum entwickelten Habitus ärztlicher Eliten. Für viele Ärzte stellen nicht die hohen Arbeitsbelastungen als solche das eigentliche Problem dar, sondern die Verwicklungen, die sich aus den Arbeitszeitgesetzen ergeben – etwa dass Überstunden nur noch unbezahlt und illegal geleistet werden können. Zur Illustration die Proklamation eines chirurgischen Ärzteteams einer Universitätsklinik im Deutschen Ärzteblatt: „Von den an chirurgischen Universitätskliniken tätigen Assistenzärzten wird erwartet, dass die bisher bei ihnen üblichen Arbeitsleistungen, die in der Regel mit einem Arbeitsaufwand von 70 bis 80 Stunden pro Woche für jeden einzelnen Arzt verbunden waren, jetzt in maximal 48 Stunden pro Woche erbracht werden. [...] Die gesetzliche Forderung nach einer drastisch verringerten Arbeitszeit hat an der weiterhin hohen Erwartungshaltung der Öffentlichkeit bezüglich der Standards und der Qualität der Patientenversorgung sowie der Lehre und der Forschung an einer universitären Einrichtung nichts geändert. [...] Unter den aktuellen Bedingungen eines zu eng gesteckten zeitlichen Korsetts folgt als Konsequenz hieraus, dass entweder die Identifikation mit diesen Erwartungen weitgehend aufgegeben werden muss (mit dem damit verbundenen Abschied von Idealen und wesentlichen beruflichen Motivationen), oder es muss aus Überzeugung gegen das Arbeitszeitgesetz verstoßen werden. Letzteres führt nicht nur zu einer illegalen und unbezahlten Mehrarbeit, sondern auch in eine versicherungsrechtliche Grauzone. Es ist zu befürchten, dass eine subtile und gefährliche Ausbeutungssituation von dramatischem Ausmaß unter Ausnutzung der Leistungsbereitschaft und der Motivation engagierter Ärzte erzeugt wird, die bisher nicht beachtet wurde“ (*Schrem* 2002).

[26] Hier zwei Beispiele: 1. Es kann nicht immer gewährleistet werden, dass Ärzte, die chirurgische Notfalleinsätze begleiten, die vorgeschriebenen Fortbildungen absolviert haben:

„7:55 Gespräch vor der Frühbesprechung. Ein Altassistent erklärt einem jungem Kollegen:

Dr. Mainzer: ... Es gibt H-Ärzte und D-Ärzte. Die H-Ärzte dürfen die Bagatellfälle, die D-Ärzte hingegen aber auch die schweren Notfälle betreuen. „Da kümmert sich jedoch sowieso keine Sau drum ... .“

Das hiermit einhergehende Sich-Orientieren an einer „brauchbaren Illegalität“ in einer steilen Hierarchie prägt in nicht unerheblicher Weise auch die Dynamik der universitären, zudem an wissenschaftlichen Karrieren ausgerichteten Medizin.[27]

An dieser Stelle ist zu betonen, dass sich Ärzte in Handlungskonstellationen befinden, in denen die Spannungen zwischen ‚Sein und Sollen‘ nicht normativ, sondern nur handlungspraktisch zu lösen sind, sie also nicht willentlich gegen Normen oder Rechtsvorschriften verstoßen möchten (wenngleich man es faktisch tut), sondern eben nicht anders können. In Anbetracht des Primats, dass die Stationsarbeit und Patientenversorgung – wie auch immer – weiterlaufen muss, bleiben Vorschriften und Regeln der medizinfremden Sphären disponibel und können entsprechend unterlaufen oder im Modus des Als-ob bearbeitet werden, zumal die Beziehung zwischen Dokumentation und dem, was faktisch geschehen ist, nur lose gekoppelt ist. Allein durch eine entsprechende Aktenführung lässt sich in vielen Fragen, die handlungspraktisch in den oben benannten Grauzonen liegen, Rechtssicherheit – oder aus juristischer Perspektive gesprochen: Sicherheit vor rechtlicher Verfolgung – herstellen.[28]

---

2. Nach dem Blutproduktegesetz sind Blutkonserven durch entsprechende Spezialgeräte aufzuwärmen. Demgegenüber ist die verbreitete Praxis, das eingefrorene Blut einfach unter warmes Wasser zu halten, nicht gestattet. Um jedoch alle Stationen mit den teuren Geräten auszustatten, fehlt oftmals das Geld: *„Mittwoch, 14:30, während der Dienstbesprechung.*

Dr. Braun: In der Aufnahme wird jetzt ein Gerät zum Blutprodukte Aufwärmen getestet, ... wird dann auf 38 °C ... Infrarotsensor, um die Temperatur im Inneren zu bestimmen, ... auch dass dann keine Eiskristalle mehr vorhanden sind, ... kostet dann 8.000 Mark, ... ein etwas schlechteres Gerät, wie es dann bei den Chirurgen steht, kostet dann 7.000 Mark, ... brauchen wir dann in Bereichen, wo so was viel gemacht wird, ... z. B. auf der Intensiv, ... eigentlich darf dann ja auch nicht mit Hilfsmethoden wie Warmwasser aufgewärmt werden, ... steht dann auch in der Anleitung ...

Ärztin (erstaunt): Ich habe das jetzt immer mit Warmwasser gemacht.“

Chefarzt Prof. Wieners: Ist jetzt so eine Sache mit der safety, ... natürlich kann es mal sein, dass ein Produkt dann überhitzt ... oder verunreinigt, ... aber andererseits macht das Transfusionsgesetz die Sache dann unheimlich teuer, ... jetzt in Bereichen, wo viele Fusionen gemacht werden ... “ (*Vogd* 2004b, S. 201).

[27] Als seltener Moment einer expliziten professionellen Selbstreflexion, welche die übliche Grenze zwischen professioneller Selbstbeschreibung und Praxis durchbricht und gewissermaßen einem durch das ärztliche Feld ansozialisierten Habitus zurechnet, erscheint die Antwort der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie auf den Betrugsfall des Onkologen Prof. Hermann. Im DGHO-Mitglieder-Rundschreiben 03/2000 heißt es diesbezüglich: „Die wichtigste Ursache für diese Motivation liegt in der zentralen Bedeutung, die die Veröffentlichungen für das berufliche Fortkommen in der Medizin haben. Im Gegensatz zu Disziplinen wie etwa den Rechts-, Wirtschafts- oder Ingenieurwissenschaften ist eine eindrucksvolle Publikationsliste für Ernennungen in klinische Chefarztpositionen mindestens genauso wichtig wie Erfahrung, genuin individuelle Kreativität und besonderes Engagement in der täglichen Berufspraxis [...]. Hinzu kommt die allgemeine Gefahr des Integritätsverlustes der Persönlichkeit des unter kontinuierlichem Produktionsdruck stehenden jungen Wissenschaftlers (‚publish or perish‘!), da an hochkarätigen klinischen Institutionen oft ein übertriebener Leistungsdruck eines ehrgeizigen Chefs von oben zu einem Klima der Angst und ungesunder Selbstüberforderung unter den Mitarbeitern führt. [...] Wie Blum et al. weiter ausführen, bietet die Medizin weitere Rahmenbedingungen, welche diese Tendenz noch verstärken können: Der Umgang mit Patienten, etwa bei der Erörterung der Prognose unheilbar Kranker, kann zu einem eher laxen und verschwommenen Umgang mit der Wahrheit und noch mehr mit der Wahrhaftigkeit führen, da man aus vermeintlich gerechtfertigter ärztlicher Sicht dem Patienten sowieso nicht immer die Wahrheit sagen könne. [...] Die Neigung zu ‚ärztlichen Kavaliersdelikten‘ auch in wissenschaftlichen Belangen, etwa im Sinne des ‚Grantsmanship‘, wird hierdurch gefördert.“

[28] Siehe zur Rolle der Akte etwa die Studien von *Berg* (1992; 1996).

Die innere Schließung im Sinne einer extrem starken Gruppenloyalität und deren Konditionierung durch die Hierarchie mag bei oberflächlicher Betrachtung Vergleiche mit Organisationen wie der Mafia nahelegen. Dies würde jedoch die soziale und gesellschaftliche Konditionierung der Krankenversorgung grundlegend verkennen. Die primäre Rahmung ärztlicher oder pflegerischer Tätigkeit liegt in den zuvor vorgestellten Fällen nämlich nicht in einem kriminellen oder nur auf Profitmaximierung ausgerichteten skrupellosen Geschäft, sondern in den Besonderheiten organisierter Krankenbehandlung mit all ihrer Unsicherheit (siehe ausführlich Vogd 2011).

Dass es im Einzelfall Ausreißer geben kann, die sich die oben benannten Mechanismen in unlauterer Weise zunutze machen, und dass ebenfalls gute Gründe vorliegen, die ärztliche Selbstverwaltung nicht in allen Fragen sich selbst zu überlassen, wird hiermit nicht negiert.

Es gilt hier jedoch festzustellen, dass der Gebrauch den Missbrauch nicht aufhebt. Die ärztliche Arbeit (und wohl auch die pflegerische Tätigkeit) ist in hohem Maße nur auf Basis informeller Prozesse möglich, die in einer rechtlichen Grauzone liegen, deren Anwendungsbereich primär durch die Logik der Praxis (bzw. die Logik der praktischen Sachzwänge) und nicht durch die Logik des Rechts konditioniert wird.

Ärztliches Handeln erscheint in einem hohen Maße von der Fähigkeit geprägt, unter Druck, Stress und angesichts existenzieller Lagestellungen mit unsicheren und uneindeutigen Domänen umzugehen. Als andere Seite dieser Medaille erscheint die ärztliche Autonomie, nämlich die Kompetenz und Fähigkeit, situationsangemessen Freiheitsräume zu nutzen, um mit Blick auf die ärztliche Primärorientierung handlungsfähig zu bleiben, was paradoxerweise nur möglich ist, wenn teilweise auch professionsethische Primate situativ außer Kraft gesetzt werden. Oder um es aus einer organisationstheoretischen Perspektive zu formulieren: „Gerade weil die medizinische Praxis, die rechtlich wirksame Dokumentation dieser Praxis, die Abrechnungen der Leistungen sowie die einzelnen Ebenen der ärztlichen Hierarchie nur lose miteinander gekoppelt sind, kann die Entscheidungsfähigkeit unter wechselnden Konstellationen aufrechterhalten werden. So kann behandelt werden, ohne zu behandeln, Rechtmäßigkeit hergestellt werden, indem Unrechtmäßiges nicht dokumentiert wird, wirtschaftlich gearbeitet werden, indem Medizin vorgetäuscht wird, wo anderes stattfindet, um an anderer Stelle umso mehr (ansonsten nicht bezahlbare) Medizin stattfinden zu lassen.“ (Vogd 2007a, S. 317). Professionelle Organisationen scheinen „gerade dann gut zu funktionieren, wenn sie ein Arrangement entwickeln können, indem zugleich hingeschaut und nicht hingeschaut wird, also indem gegebenenfalls die Dinge im Diffusen gelassen werden, um weiter prozessieren zu können“ (a.a.O.).

An dieser Stelle ergibt sich nun die Frage, welche gesellschaftlichen Rahmenbedingungen das Verhältnis von Gebrauch und Missbrauch von Informalität konditionieren und welche kritischen Variablen hier zu nennen sind, die das ärztliche oder

pflegerische Ethos möglicherweise in ein Regime umkippen lassen, das mit dem eigentlichen Zweckauftrag der Krankenbehandlung nicht mehr vereinbar ist.[29]

3. Welche Faktoren und Bedingungen konditionieren die zuvor benannten Verhältnisse?

Aus soziologischer Perspektive sind funktionierende wissensbasierte Dienstleistungsorganisationen, die sich an einem professionellen Ethos orientieren, keine Selbstverständlichkeit. Sie verdanken sich vielmehr einem subtilen Wechselspiel aus managementgeführter Organisation sowie den normativen und ideologischen Momenten einer professionellen Identität, um im Sinne von Parsons jene „fragile normative soziale Ordnung" hervorzubringen (Evetts 2013, S. 784 u. 788); darin können sich Ökonomie, Recht (nicht zuletzt auch das Sozialrecht), die rationale Form der Organisation und professionelle Autonomie wechselseitig evozieren und in ihren Nebenfolgen ausbalancieren.[30] Hiermit stellt sich die Frage, unter welchen Bedingungen eine solche Balance gelingt und wann sie aus dem Gleichgewicht zu kippen droht.[31]

Wie sieht nun der gegenwärtige gesellschaftliche Kontext der bundesdeutschen Krankenhäuser aus? In der Bundesrepublik Deutschland wurden seit Beginn der 1990er Jahre mit den unterschiedlichen Gesundheitsreformen Initiativen zur Kostensenkung auf Basis einer stärkeren Marktorientierung formuliert, die zugleich von Maßnahmen der Qualitätssicherung flankiert werden sollten (Klinke 2008; Manzei u. Schmiede 2014; Simon 2000).[32] Aufgrund der weiterhin fortbestehenden administrativ-politischen Steuerung des Krankenhauswesens kann hier jedoch nur von einem „Quasi-Markt" gesprochen werden (Le Grand u. Bartlett 1993), denn ein öffentliches Monopol „bestellt" hier „vordefinierte Leistungen bei konkurrierenden Anbietern", wobei die Leistungskonditionen in Verträgen im Sinne von „Optionen" fixiert werden (Bode u. Vogd 2016, S. 8).[33]

Als wohl wichtigster ökonomischer Kontext der bundesdeutschen Krankenhäuser kann das 2003 eingeführte DRG-System (*diagnosis related groups*) genannt werden,

---

[29] Dass es zu diversen Umkippeffekten kommen kann, die das ärztliche Ethos – also die eigenen Handlungsnormen – vollkommen pervertieren, zeigen die Ausführungen von *Dasgupta* (2014: 110 ff.) am Beispiel Delhi in Indien.

[30] Siehe auch *Freidson* (2001).

[31] W. zu Umkippeffekten *Rüegg-Stürm* (2007, S. 3464 f.).

[32] Zu nennen sind hier etwa das im Januar 2000 in Kraft getretene „GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000", mit dem sektorale Budgetierung zeitlich unbefristet fortgesetzt wurde, das „GKV-Modernisierungsgesetz" von 2003 sowie das 2007 in Kraft getretene „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung" sowie das „Krankenhausstrukturgesetz" vom 10. Dezember 2015.

[33] Aufgrund der hierdurch eingeschränkten Freiheitsgrade auf Anbieterseite erscheint für Sauerland aus gesundheitsökonomischer Perspektive das eigentliche „Ziel der Wirtschaftlichkeit" verfehlt, da unter den jetzigen Konstellationen „allein eine Politik der Ausgabenbegrenzung in der Gesetzlichen Krankenversicherung betrieben" werde (*Sauerland* 2002, S. 412).

das den vorherigen Finanzierungsmodus (der primär auf Liegezeiten basierte) ablöste. Eine DRG stellt zunächst ein statistisches Konstrukt dar, das eine Gruppe von Patienten mit einer ähnlichen Diagnosestellung abbilden soll. Diese Gruppe fungiert als virtuelles Produkt, zu dem sich die Anbieter marktförmig verhalten müssen (wobei die Gesamterlösstruktur im Sinne eines Nullsummenspiels gedeckelt wird). Die DRGs wurden ursprünglich von Fetter (1991) als Instrument zur Qualitätssicherung konzipiert, das jedoch nur funktionieren kann, wenn alle Beteiligten die DRGs ausschließlich für die Erhebung medizinischer Informationen nutzen. Als die Politik den DRGs aber qua Gesetz einen Preis anheftete, wurden sie entsprechend zu Produkten (Samuel et al. 2005). Dadurch erscheinen sie weniger als Kennzahlen für sinnvolle oder bedarfsgerechte Behandlungsschritte, sondern mutieren zu *leaky black boxes*, die je nach Interessen unterschiedlich beschrieben werden können (Lowe 2001). So sind Krankenhäuser aus ökonomischen Gründen gut beraten, ihren Case-Mix-Index in Richtung der (vermeintlich) lukrativen DRGs anzupassen. Hierdurch kommt es unweigerlich zu neuen Anreizen für Über-, Fehl- und Unterversorgung.[34]

Da aufgrund der besonderen Berechnungssystematik zur Bestimmung der Basisfallwerte die antizipierten DRG-Gewinne durch veränderte Mittelwerte im folgenden Jahr wieder wegbrechen können, stehen Krankenhäuser permanent vor einer existenziellen ökonomischen Bedrohung (Simon 2013). Dabei erscheint dem einzelnen Haus nicht per se die mit den DRGs verbundene Abrechnungsmodalität problematisch, sondern vielmehr der Druck, der durch die Deckelung der Gesamtbeträge aufgebaut wird.

Dass seit vielen Jahren um die 40 % aller bundesdeutschen Krankenhäuser Defizite schreiben und hier auch keine Besserung zu erwarten ist (s. Blum et al. 2014, S. 109 f.), kann vor diesem Hintergrund als Konsequenz einer Politik gesehen werden, die Krankenhäuser über marktähnliche Strukturen unter Stress setzt,[35] um einen deutlichen Kapazitätsrückgang zu bewirken.[36] Dennoch konnte die angestrebte globale Reduktion der Krankenhausausgaben nicht zuletzt aufgrund der deutlichen Mengenausweitung bislang nicht erreicht werden.[37] Vielmehr zeigt sich eine Verdichtung der Arbeitsprozesse, die infolge abrechnungsbedingter Kontrolltätigkeiten

[34] Siehe zur übergreifenden Diskussion der Anreizproblematik: *Porter u. Teisberg* (2006), für die bundesdeutsche Diskussion etwa *Schrappe* (2007) und *Scriba* (in Vogd 2011, S. 240 ff.).

[35] Siehe in offener Form etwa *Mihm* (2013).

[36] Siehe zum Kontext wie auch einer Reflexion der Auswirkungen des DRG-Systems *Rau* (2009).

[37] Gemäß der Datenlage des Statistischen Bundesamtes kann im Zeitraum von 2003 bis 2013 zwar eine Reduktion der Krankenhäuser um etwa 10 % (von 2.197 auf 1.996 Häuser) festgestellt werden, zugleich erhöhte sich aber die Fallzahl um etwa ein Viertel. Da zudem die Zahl der ambulant durchgeführten Eingriffe massiv angestiegen ist (von 575.613 Operationen im Jahr 2002 auf 1.854.125 Operationen 2010), darüber hinaus vermehrt kompliziertere und aufwendigere Eingriffe durchgeführt werden und nicht zuletzt der Verwaltungsaufwand in den Krankenhäusern deutlich gestiegen ist, verwundert es nicht, dass sich die bereinigten Kosten pro Fall seit 1991 von € 15.521 auf € 33.746 mehr als verdoppelt haben. Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass die Minderung der Bettenzahl in den Akutkrankenhäusern durch einen starken Anstieg der Betten in den vorsorgenden und nachsorgenden Einrichtungen kompensiert worden ist (von 144.172 im Jahr 1991 auf 171.724 im Jahr 2010). Dazu auch https://www.destatis.de/DE/Startseite.html; Abfrage am 20.04.2014 sowie *Bölt u. Graf* (2012).

zudem auch durch die Aufblähung medizinfremder Verwaltungstätigkeiten belastet werden.[38] Wenngleich es schwierig ist, unmittelbare Auswirkungen auf die patientenbezogene Versorgungsqualität nachzuweisen, berichten alle einschlägigen Studien von einer stark zunehmenden Arbeitsbelastung des in der Patientenversorgung tätigen Personals (Braun 2014; Bräutigam et al. 2014; Grosser 2014; Roeder 2014).

Zudem ergeben bzw. verschärfen sich professionsethische Spannungslagen im Hinblick auf das Zweck-Mittel-Verhältnis, das in der Krankenbehandlung zum Ausdruck kommt. In Bezug auf das Patientenwohl und seinen gesellschaftlichen Auftrag ist das Krankenhaus zwar weiterhin primär als „Zweckveranstaltung" zur „Diagnose, Therapie, Pflege und Isolierung" anzusehen (Rohde 1974, S. 181 ff.). Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive erscheint der Patient jedoch nur noch als Mittel, um (möglichst lukrative) Fälle zu „machen", die dann primär gegenüber einer dritten Partei – den Krankenkassen – abgerechnet und gerechtfertigt werden (siehe hierzu auch die Stellungnahme des Deutschen Ethikrats: Ethikrat 2016).

Die ökonomische Reflexion medizinischer Dienstleistungen erscheint nicht an sich problematisch. Im Guten kann sie beispielsweise dazu führen, Organisationsprozesse effizienter zu gestalten und das Leistungsspektrum eines Krankenhauses in sinnvoller Weise zu bündeln. In Kombination mit dem existenziellen Stress, dem die Krankenhäuser unter der gegenwärtigen Einstellung des DRG-Systems weithin ausgesetzt sind, stehen die Ärzte jedoch zunehmend unter Druck, medizinfremde Rationalitäten im Hinblick auf Entscheidungen über die Behandlung oder Kooperation mit anderen medizinischen Einrichtungen einfließen zu lassen (vgl. Bode u. Vogd 2016; Vogd 2016). Denn unter den gegenwärtigen Bedingungen – Konkurrenz über einen Quasi-Markt bei einem DRG-System, das im Sinne eines Nullsummenspiels ständig Verlierer produziert – reicht es für ein Krankenhaus nicht aus, die Prozesse, etwa im Hinblick auf Einkauf, Personaleinsatz und Organisationsabläufe, zu optimieren. Unter den gegebenen Bedingungen kann ein Krankenhaus nur überleben, wenn es sein Leistungsvolumen ausweitet, also mehr Fälle ‚macht'.

In einer kürzlich durchgeführten Studie haben wir die Entscheidungsdynamiken in 12 Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Regelversorgung mit mehr als 300 Betten untersucht, wobei jeweils 4 Häuser aus privater, öffentlicher und freigemeinnütziger/konfessioneller Trägerschaft ausgewählt wurden (es wurden sowohl Häuser in zentralen, versorgungsdichten als auch peripheren, strukturschwächeren Regionen ins Sample aufgenommen).[39] Die Ergebnisse zeigen, dass – unabhängig von

---

[38] So kommen etwa *Scheel et al.* (2011, S. 16) zu dem Schluss, dass im Jahr 2010 ca. 22 % der Krankenhausausgaben Deutschlands auf den Verwaltungsbereich entfielen, wovon mehr als die Hälfte den Abrechnungsmodalitäten und den hiermit verbundenen zunehmenden Kontrolltätigkeiten der Krankenkassen geschuldet ist.

[39] Das Projekt „Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement" wurde 2013–2016 von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert. Es wurden insgesamt 71 Experteninterviews geführt (unter anderem mit der Verwaltungsleitung, dem Geschäftsführer, der Pflegedienstleitung, der ärztlichen Leitung sowie mit Chefärzten internistischer und chirurgischer Abteilungen). In vier Häusern konnten teilnehmende Beobachtungen in den Leitungssitzungen durchgeführt werden. Zudem wurden zwei Interviews und zwei teilnehmende Beobachtungen mit Controllern durchgeführt, da die Aufbereitung

der Form der Trägerschaft – für alle Häuser der existenzielle ökonomische Druck, der sich aus der Anreizstruktur des DRG-Systems in Kombination mit den übergreifenden politischen Vorgaben ergibt, im Vordergrund steht. Das Management versucht entsprechend, die Ärzte zu motivieren, auf eine Ausweitung des Leistungsvolumens hinzuarbeiten. Insbesondere folgende Bewegungen sind hier zu nennen:

1. Neue strategische Positionierungen (über neue Leistungsangebote und Schwerpunktsetzungen), Fallzahlausweitung über gezieltes Einweiser-Management.
2. Versuche der Patientenbindung, aber auch Profilierungen in künftig lukrativ erscheinenden Feldern (z. B. als gerontologisches Schwerpunktkrankenhaus).
3. Darüber hinaus zeigen sich auch Versuche, die Konkurrenz zu anderen Häusern durch Absprachen, Monopolbildung oder Kooperationen mit dem ambulanten Bereich zu unterlaufen.
4. Insbesondere die (Landes-)Politik und die Krankenkassen erscheinen dabei mehr als Gegner denn als Partner, den man entsprechend – auch mit Hilfe juristischer Spitzfindigkeiten – ‚auszutricksen' hat.
5. Im Hinblick auf die Binnenverhältnisse des Krankenhauses stellt sich übergreifend die Herausforderung, unter Knappheitsbedingungen (etwa bei reduziertem Pflegepersonal) mit der hoch verdichteten Arbeit zurechtzukommen sowie darüber hinaus das Personal dazu zu motivieren, die seitens des Managements aus ökonomischen Gründen für notwendig erachteten Prozesse und Strategien aktiv zu unterstützen. Beispielsweise werden Chef- und Oberärzte angehalten, ihre Kontakte zu ambulanten Einweisern zu intensivieren, oder von Pflegekräften wird die Bereitschaft abgefordert, sich nach Zusammenlegung von Abteilungen in wenig vertraute Gebiete einzuarbeiten.
6. Mittelbar (etwa durch wöchentliche Präsentation der „Leistungsdaten" einer Station) und teilweise unmittelbar wird auf die Chefärzte Druck ausgeübt, ihre Leistung auszuweiten.

Wenngleich auch die Tendenzen zur Monopolbindung (eher Dienstleistungen von Einrichtungen des gleichen Trägers in Anspruch zu nehmen als die Ärzte, deren fachliche Kompetenz diesbezüglich als höher eingeschätzt wird) und das Einweiser-Management (fließende Grenze zu unlauterer Werbung) professionsethisch problematisch und auch rechtlich fragwürdig[40] eingeschätzt werden könnten, eröffnet insbesondere der letzte Punkt eine Grauzone in Richtung zur Tendenz der Korruption ärztlichen Verhaltens.

Wohl wissend, dass die Grenze zwischen therapeutisch sinnvollen und medizinisch nicht indizierten Eingriffen fließend ist, erscheint es gerade in diesem Feld angebracht, die Aufmerksamkeit auf offene oder verdeckte Anreizsysteme zu

---

und Aggregation von Zahlen in den Managementprozessen einiger Häuser eine prominente Rolle spielt. Siehe zur umfassenden Darstellung der Ergebnisse *Vogd et al.* (2017).

[40] So im Hinblick auf Wettbewerbs- und Kartellverstöße.

lenken, die in den Kernbereich der ärztlichen Arbeit hineinreichen.[41] Üblich (und in vielen von uns untersuchten Krankenhäusern anzutreffen) ist diesbezüglich etwa die wöchentliche Präsentation von ‚Leistungsdaten' in den Chefarztrunden wie auch den Abteilungsbesprechungen. Weniger üblich, jedoch durchaus teilweise seitens der Chefärzte berichtet, sind direkte Anordnungen oder Drohungen von Mitgliedern der Krankenhausleitung gegenüber den medizinischen Leitern einer Abteilung. Direkte Interventionen stoßen in der Regel auf den Widerstand der Ärzte, weshalb sie leichter als Fremdrahmungen zurückgewiesen werden können. Demgegenüber wirkt die Präsentation von Zahlen in der Gruppe – allein schon mit Blick auf die Rivalität der Chefärzte untereinander – subtiler und entsprechend kann der mit ihr implizit verbundene Auftrag der Leistungsausweitung nicht so leicht zurückgewiesen werden. Schauen wir zur Illustration auf einen Interviewausschnitt mit dem Chefarzt einer internistischen Abteilung eines privatwirtschaftlich geführten Krankenhauses:

Interviewer: Was kommen dort für Zahlen auf den Tisch? In diesen Sitzungen?

Chefarzt: Bei den Sitzungen kommen nur die klassischen oder die üblichen Marker auf den Tisch. Anzahl der behandelten Patienten, die Fallschwere, Case Mix und dann daraus der gebildete Index. Anzahl der sich daraus errechnenden Bewertungsrelation. Die Bewertungsrelation ist das Maßgebliche im Krankenhaus. [...]. Wie viele Patienten liegen da unterhalb der unteren Grenzverweildauer? [...] Welche Patienten liegen über der oberen Grenzverweildauer? Allein den Begriff muss man sich auf der Zunge zergehen lassen, ist ja pervers. Das sagt jemand, der von Medizin keine Ahnung hat, der sitzt am grünen Tisch und erklärt einem, was eine

---

[41] Man denke hier etwa an eine leicht veränderte Indikationsstellung, die einen größeren Eingriff ermöglicht als eigentlich notwendig, an den Rat zu einem operativen Eingriff, wenngleich die Leitlinie empfiehlt, zunächst abzuwarten, oder die Präferenz für invasive Behandlungen anstelle von konservativen. Nicht zuletzt zu nennen sind hier die therapeutischen und diagnostischen Eingriffe am Lebensende, die keine Zunahme an Lebensqualität mehr erwarten lassen und möglicherweise mehr belasten als nutzen. Darüber hinaus kann sich eine Tendenz entwickeln, finanziell wenig lukrativ erscheinende Fälle eher abzuweisen.

Hier ein Beispiel für eine leicht veränderte Indikationsstellung, die in diesem Falle jedoch „nur" zu Lasten der Krankenkassen und damit der Solidargemeinschaft geht:

Stationsärztin in einem nordostdeutschen Krankenhaus: „Da gibt es ein Beispiel, dass eben bestimmte Eingriffe in der Inneren eben eigentlich nicht stattzugeben sind, sondern ambulante Eingriffe sind. Und die dazu geführt haben, dass da auf jeden Fall ein stationärer Aufenthalt draus gemacht wurde und dass eben jeder Patient nach so einem Eingriff eine milde Komplikation hatte, die eigentlich nicht da war, die aber dann eben beim Krankenhaus dazu führte, dass das als stationärer Aufenthalt abgerechnet werden konnte, weil sie da nicht nachfragen konnten. [...] Also es gibt sogenannte Endoskopien, auch in der Inneren, wo man eben Gewebe überprüft, ob Tumoren da sind oder so was alles, oder eben Kontrolle nach Tumoroperation. [...] Und unsere Patienten hatten auf einmal alle hinterher eine Schwellung, die dazu geführt hat, dass das nochmal eine Nacht überwacht werden musste. Ob ich die nun gesehen habe oder nicht. Das ist noch das wirklich kleinste Beispiel da dran, und das zog sich durch alles durch, und ging dann eben auch so weit, dass wir vorher mit diesen Abrechnungen gar nichts zu tun hatten, das war also alles auf Oberarztebene gewesen und dann sind Kollegen [...] gebeten worden, diese Abrechnung mitzumachen oder diese DRG-Eintragung mitzumachen und dafür eben auch Bonuszahlungen zu erhalten am Ende des Jahres. [...] [Interview 25, Absatz 18–22, Ärztin]" *(Elkeles u. Crojethovic* 2016, S. 153).

Grenzverweildauer ist. Der Begriff, irre. Typisch deutsch auch. [...] Was nichts anderes heißt wie, den Patienten musst du nach Hause schicken oder rausschmeißen. Dass das gerade eine ältere Oma ist, die vielleicht zu Hause nicht zurechtkommt oder wo der ältere Mann zu Hause sitzt und weiß nicht, wie er seine Frau irgendwie versorgen soll. Interessiert ja keine Sau. [...]

Interviewer: Und was gibt es denn dann noch daran zu besprechen?

Chefarzt: Es gibt unter anderem zu besprechen, in dem Sie quasi/Ich glaube mal, dass der ursprüngliche Gedanke einfach ist, eine gewisse Gruppendynamik/einem Gruppenzwang auszusetzen, in dem es zum Beispiel jetzt auch vor allen präsentiert wird. Ich weiß zum Beispiel, das weiß ich persönlich. Aus persönlichen Gesprächen mit auch mir befreundeten Chefärzten, dass deren größtes Problem ist, dass sie bei der Präsentation der Zahlen sich selbst so unter Druck gesetzt fühlen, weil sie ihre eigene Abteilung gegenüber den anderen Abteilungen rechtfertigen müssen. Nach dem Motto, ich bin aber schlechter, ich bin aber besser. An den niedersten Instinkt des Menschen wird da appelliert. Und die Leute werden unter Druck gesetzt. Werden teilweise auch öffentlich unter Druck gesetzt. Ich habe es auch schon erlebt, glücklicherweise hier ist das [...] bisher nicht. Muss man sagen. So professionell scheint das hier zu sein. Aber vorher in der Kirche, ich habe es oft erlebt, dass die Leute wirklich in einer Art und Weise zur Schau gestellt worden sind. Nach dem Motto, wie schlecht sich doch die Abteilung unter der Führung eines bestimmten Chefarztes jetzt geändert hat. Das wurde so öffentlich gesagt. In der Sitzung gesagt. Also das ist. Sie erleben Sachen. Sie werden es mir nicht glauben, wahrscheinlich halten Sie mich für einen Spinner. Ich versichere Ihnen, ich gebe eine eidesstattliche Erklärung. Es ist wahr.

Zunächst wird hier deutlich, dass der ökonomische Druck auch von Managern gemeinnütziger oder kirchlicher Träger in unverhältnismäßiger Weise weitergegeben werden kann, während privat geführte Träger hier teilweise etwas „professioneller" agieren mögen. Unabhängig von der nicht trivial zu beantwortenden Beziehung zwischen Trägerschaft und Managementstil wird hier jedoch auf eine Gruppendynamik hingewiesen, durch die sich die Chefärzte bei der kollektiven Präsentation der Zahlen unter Druck gesetzt fühlen.

Thema dieses Kapitels ist die Frage, welche Faktoren die Abweichungen von professionsethischen Standards konditionieren. Als Antwort lässt sich an dieser Stelle reformulieren: *Auf gesundheitspolitischer und -ökonomischer Ebene besteht in Verbindung mit der derzeitigen Einstellung des DRG-Systems und dem politischem Druck auf die Krankenhäuser ein Anreizsystem, das die Korrumpierung des ärztlichen Ethos zumindest begünstigt. Als weitere Faktoren sind sozialpsychologische Prozesse zu nennen, die sich das Management teilweise zunutze macht, um Ärzte zur Erhöhung der Fallzahlen und Behandlung besonders lukrativer Fälle zu motivieren.*

Mit dem zuletzt benannten Punkt erscheint die Organisation Krankenhaus und ihre Führung selbst als eine kritische Variable. In unseren Untersuchungen fanden

wir – unabhängig von der finanziellen Lage der jeweiligen Häuser – recht unterschiedliche Managementstile im Hinblick auf die Motivation. Als ein typologisches Extrem zeigte sich ein Führungsstil, der primär an den vom Controlling generierten Zahlen ansetzt (*technokratischer, controllingorientierter Stil*). Die einzelnen Kliniken und ihre medizinischen Abteilungen bekommen hierbei (in der Regel wöchentlich) die Erfolgskennzahlen ihrer Abteilungen rückgespiegelt und den jeweiligen Abteilungsleitern wird mehr oder weniger explizit die Verantwortung für den ökonomischen Erfolg zugeschrieben. Die ärztlichen Direktoren sehen sich in Häusern, an denen dieser Managementstil vorherrscht, üblicherweise als nicht so recht dem Krankenhausmanagement zugehörig an. Sie empfinden sich in hohem Maße als fremdbestimmt und geben an, die ärztliche, medizinische und pflegerische Domäne *gegen* die Dominante ökonomischer Rationalität der Führung aufrechtzuerhalten. Dieser Stil lässt sich – wie bereits gesagt – nicht nur unter privater, sondern auch in konfessioneller/freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft finden. Bei Ersterer kann die Rückspiegelung der Zahlen jedoch zusätzlich noch mit der Erwartung einer Steigerung des Gewinns verbunden sein.

Als typologischer Gegenpol zeigt sich ein Führungsstil, der im Regelfall die Rückspiegelung abteilungsbezogener Leistungsparameter entbehrlich macht (wenngleich sie erhoben werden). Zugleich wird an das mittlere Management die Erwartung kommuniziert, dass jeder seine Arbeit gut zu machen und zudem eine exzellente medizinische Leistung zu erbringen habe (*partizipierender, autonomisierender Stil*). Außerdem werden seitens der Führung in hohem Maße Kontakte zu den einzelnen Abteilungen gepflegt, um über Probleme auf den Stationen im Bilde zu sein und gegebenenfalls von ‚oben' intervenieren zu können. In Häusern mit diesem mehr auf Kommunikation denn auf Zahlen setzenden Führungsstil sehen sich die leitenden Ärzte und Pflegekräfte eher als Teil des Managements und empfinden sich dementsprechend mehr oder weniger stark verantwortlich für den Erfolg des eigenen Hauses. Auch dieser Stil lässt sich in unterschiedlichen Trägerschaften, darunter auch privatwirtschaftlichen, vorfinden.

An dieser Stelle ist jedoch kein Urteil darüber möglich, ob der partizipierende Führungsstil mit einer höheren oder geringeren Korruption des ärztlichen Ethos einhergeht. Mit Blick auf die Abgrenzungsbemühungen etlicher von uns interviewter Chefärzte gegenüber dem Management wäre durchaus denkbar, dass gerade eine straffe, an Zahlen orientierte Führung die Ärzte dazu veranlasst, die eigenen professionellen Werte in Stellung zu bringen, während umgekehrt ein partizipierender Managementstil dazu führen könnte, dass sich die Ärzte möglicherweise auch stärker mit den wirtschaftlichen Zielen ihres Hauses identifizieren.

Wie auch immer, in beiden Fällen bleibt jedoch die Problematik bestehen, dass die Gesundheitspolitik ein Anreizsystem scharf gestellt hat, das nicht die gesundheitsbezogene Behandlungsqualität für den Patienten in den Mittelpunkt stellt, sondern die Leistungsausweitung. Medizinische Dienstleistungen haben jedoch keinen Wert an sich. Sie sind nur sinnvoll, wenn sie mit kritischem Blick auf medizinische Indikation und Patientenbedürfnisse angebracht erscheinen. Das professions-

ethische Primat, bei jeder diagnostischen oder therapeutischen Intervention zu reflektieren, ob mehr Nutzen, mehr Schaden oder vielleicht überhaupt kein Effekt zu erwarten ist, wird durch die benannten gesellschaftlichen und organisatorischen Konditionierungen aus der Balance gebracht.

Das eigentliche Ziel gesundheitsökonomischer Instrumente sollte demgegenüber darin liegen, die gesundheitsbezogene Behandlungsqualität für den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen und entsprechend zu honorieren (vgl. Porter/Teisberg 2006). Denkbar wäre hier beispielsweise eine regional ausgehandelte Gesamtvergütung (die sich dann an den DRGs orientiert), wonach die Anbieter von Behandlungsleistungen nun im Paket für die Gesundheit der ihnen anvertrauten Patienten zu sorgen hätten. Das Überleben eines Krankenhauses wäre dann nicht von (unnötigen) Leistungsausweitungen abhängig. Sein ökonomischer Erfolg würde sich vielmehr darin zeigen können, mit möglichst wenig Aufwand möglichst viel zur Gesundheit der anvertrauten Patienten beizutragen. So hätten auch präventive Maßnahmen, für die derzeit kein Anreiz besteht, einen gewissen Vorrang, denn hierüber ließen sich später kostspielige medizinische Interventionen vermeiden. Die Krux einer solchen Lösung wäre allerdings eine funktionierende Qualitätskontrolle. An dieser Stelle ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Frage, wie sich die Qualität solcher Prozesse messen und abbilden lässt, bislang nicht einmal ansatzweise gelöst ist. Es ist auch nicht zu erwarten, dass die hiermit einhergehenden Anforderungen mittelfristig geklärt werden können.[42]

Dennoch erscheint es – unter der Voraussetzung, dass ein die Existenz bedrohender ökonomischer Dauerstress mit unvorhersehbaren Folgen für die Organi-

---

[42] Für die externe Qualitätssicherung gilt: Kein Verfahren der Qualitätssicherung kann direkt auf die Prozesse zugreifen, die es steuern und bewerten möchte. Letztlich stehen immer nur Surrogatparameter zur Verfügung, wobei dann aber gilt: Die Landkarte ist nicht das Gebiet. Die Dokumentation ist nicht mit dem, was dokumentiert werden soll, zu verwechseln. Im Sinne einer „Audit Society" (*Power* 1997) mag dann alles Mögliche dokumentiert, evaluiert und zertifiziert werden, doch da sich die „Rituals of Verification" immer nur auf die Dokumentation, nicht jedoch auf die eigentliche Praxis beziehen können, erscheint der zu evaluierende Prozess weiterhin als Blackbox. Was eine solchermaßen informierte externe Qualitätssicherung dann leisten kann, ist bestenfalls eine Anpassung der Dokumentation an die von außen angesetzten Kriterien. Ob dies jedoch zu einer Erhöhung der medizinischen und pflegerischen Qualität oder nur zu einer Bearbeitung im Modus des Als-ob führt, ist eine Frage, die durch dieses Steuerungsinstrument nicht nur nicht kontrolliert werden kann; es ist hier vielmehr mit paradoxen Effekten zu rechnen. So wie es mit *Garfinkel* (1974) „gute organisatorische Gründe" für eine „schlechte Aktenführung" gibt – etwa wenn ein Arzt es für wichtiger hält, mit dem Patienten zu sprechen oder mit den Kollegen den Fall zu beraten als durch aufwendige Aktenprosa Sicherheit vorzutäuschen –, gibt es auch, wie *Heath und Luff* (1996) aufzeigen, „schlechte organisationale Gründe", die „gute Akten" und Daten produzieren.

Der gegenwärtige Selektionsdruck führt zu einer Inversion der Verhältnisse in Richtung von Letzterem. Oftmals erscheint es jetzt als opportun, mehr Zeit dafür aufzuwenden, die Akten und Berichte aufzupeppen (und entsprechende Stellen vorzuhalten), um juristisch abgesichert die höchstmöglichen Erträge aus einem Fall herauszuholen, als sich dem medizinischen Fallgeschehen selbst zuzuwenden.

Interne Qualitätsmaßnahmen sind demgegenüber sinnvoll und waren früher weit verbreitet – etwa in Form von gemeinsamen Visiten; der Besprechung problematischer Fälle; pathophysiologischer Klärung der Sterbeursache und anschließender Diskussion im Team; Diskussionszirkeln, in denen aktuelle Fachartikel im Hinblick auf ihre klinische Relevanz diskutiert werden (vgl. *Eberllein-Gonska u. Costa* 2015).

sations- und Professionskultur der Krankenhäuser einhergeht – zunächst vor allem angesagt, aus dem bestehenden System den Stress wieder herauszunehmen. Dies gilt gerade für das Finanzierungssystem. Maßnahmen für eine Grundsicherung sowie eine Rekonsolidierung der angeschlagenen Krankenhäuser und ihres ärztlichen und pflegerischen Personals werden benötigt.[43]

4. Wie verläuft die Zurechnung auf eine Organisation oder Person?

Die vorangehenden Kapitel lassen zum einen deutlich werden, dass die ärztliche Sphäre im Hinblick auf die Beziehung von Regel und Regelanwendung, Formalität und Informalität eigenen, der medizinischen und organisationalen Handlungslogik immanenten Gesetzlichkeiten folgt. Darüber hinaus zeigt sich, dass das Krankenhaus als Organisation seinerseits Strukturen ausbildet und Anreize schafft, die eben dieses Verhältnis zum Guten oder Schlechten beeinflussen.

Hiermit stellt sich die medizinrechtlich interessante Frage, wem – im Falle von Pannen oder offensichtlich werdendem Fehlverhalten – die Ursachen zuzurechnen sind. Die öffentliche Meinung neigt primär ‚moralisierend' dazu, Personen (sprich: die Ärzte) dafür verantwortlich zu machen[44] (auch das Recht neigt zu personaler Zurechnung). Die sozialpsychologische oder soziologische Perspektive sieht hier demgegenüber systemische oder strukturelle Variablen, die dann oft mit einer bestimmten Organisationsstruktur oder tiefer liegenden organisationalen Dynamiken einhergehen.[45] In diesen Sinne ist zu fragen, ob nicht systemisch bestimmte Formen der Korruption des ärztlichen Ethos durch eine Kombination aus Anreizsystemen und systematischem Wegschauen durch die Führung, wenn nicht bedingt, dann zumindest in nicht unerheblichem Maße begünstigt werden.

---

[43] Sinnvoll erscheinen deshalb zunächst Lösungen, welche den Krankenhäusern mittelfristige Planungssicherheit – etwa im Rahmen von 6–8 Jahren – ermöglichen. Die Festlegung der globalen Budgets kann wiederum durch die im Rahmen der DRG-Abbildung erhobenen Daten informiert sein. Die DRGs sollten jedoch nur noch als statistische Instrumente zur globalen Situationsbeurteilung, nicht mehr jedoch zur Einzelfallabrechnung verwendet werden, um nicht weitere Daueranreize zu setzen, welche das professionelle Ethos korrumpieren.

[44] All dies spiegelt sich in der aktuellen Medienberichterstattung zum Krankenhaus wider, die vermehrt auch moralisches Fehlverhalten thematisiert. Die gängigen Schlagworte in der Presse sind gute Indizien für jene Vermutung, wie eine Momentaufnahme aus dem *Winter* 2015 schnell vor Augen führt – die Themen lauten: „Notfall Krankenhaus" (Handelsblatt 4.2.2015), „Hygieneskandal" (TAZ 12.2.2015), „Retter in Not" (SZ 18.2.2015, zu unterfinanzierten Notaufnahmen), „In besten Händen?" (Der STERN 26.2.2015, zu angeblichen Falschbehandlungen).

[45] Siehe zur Rekonstruktion einer problematischen, sich jedoch über Habitus, Entscheidungsdynamik und Hierarchie selbst konditionierenden Organisationsdynamik einer psychosomatischen Station (*Vogd* 2004c). Dass selbst extrem destruktive Verhaltensweisen von Krankenhausmitarbeitern weniger individualpsychologisch denn systemisch und sozialdynamisch aufschließbar sind, zeigt *Beine* (2007) am Beispiel der Analyse von Tötungsserien in Heimen und Krankenhäusern. Siehe grundsätzlich zur Sozialpsychologie pathologischer Dynamiken in „totalen Organisationen" (*Goffman* 1961) sowie die Studien von *Zimbardo* (2008).

Aus diesem Grunde wäre zu überlegen, ob nicht das Zivilrecht (und warum nicht auch das Strafrecht?) bei solchen strukturellen Bedingungen von ‚Organisationsverantwortung' zu sprechen und entsprechend dann auch Management und Führung von Krankenhäusern in Verantwortung zu nehmen hätte. Welche subtilen Konfliktstellungen hiermit impliziert sind, soll abschließend am Beispiel der Äußerungen des stellvertretenden Geschäftsführers eines Krankenhauses verdeutlicht werden, der zugleich die Rolle des ärztlichen Direktors innehat (zur Illustration der Originalwortlaut):

Interviewer: Sie sind jetzt ja eben zum einen ganz stark in diesem ökonomischen Bereich mit drin, aber kommen aus der ärztlichen Richtung. Würden Sie sagen, es ist ein schwieriges Verhältnis, oder muss man damit klarkommen,, also wie ist auch Ihr persönlicher Blick da drauf, auf diese Entwicklung, die dort im Gange ist?

Stellvertretender Geschäftsführer, zugleich ärztlicher Direktor: Also ich bin, das ist aber –, vielleicht ist das gar nicht bei so wenig Ärzten [so], wenn man das mal auf sich selbst [bezieht]. Da hat man ja manchmal auch eine gewisse Skepsis gegenüber auch der Leistungsfähigkeit der Medizin als solcher oder ob es da immer nur der eine Weg [ist], jetzt jemanden zu operieren oder ob nicht auch andere Alternativen des Zuwartens, der konservativen Therapie [existieren]. Der Blick ist natürlich so, dass ich sagen würde, gut, ich möchte eigentlich nur, dass [eine] aus der ärztlichen Perspektive auch nur indizierte Therapie hier im Haus durchgeführt wird. Also wir wollen nicht auf einer Ebene agieren, wo wir sagen, jetzt, also so, wo sind die nächsten 50 Hüften und ganz gleich, auch wenn es schon ein bisschen weh tut, sollen wir die mal alle operieren? Und das finde ich, ist nicht die richtige Strategie, aber die Situation ist natürlich komplexer. Also ich stelle ja die Indikation nicht, die Indikation stellen die Chirurgen. Aber die Chirurgen sind ja auch in einen Gesamtkontext eingebunden, auch die leitenden Ärzte, der natürlich die wirtschaftliche Situation mit reflektiert. Also man kann meiner Meinung nach ein Krankenhaus nicht führen, indem man nicht die verantwortlichen Ärzte in diesen Diskurs mit reinnimmt. Und in dem Sinne ist das natürlich so, dass man im Zweifel, wenn man jetzt natürlich sagen muss, wo ist im Ermessen mal eine Situation, wo jemand denkt, ah, es wäre ganz gut, ich hätte noch 3 Fälle jetzt. Gut, das kann ich auch nicht ergründen dabei. Das ist so. Also ich denke, wie ob Indikation eng, oder das hat ja damit zu tun, ob Indikationen eng oder weit gestellt werden –, und das ist auch nicht nur ein ökonomisches Problem, sondern das ist natürlich insgesamt ein Problem.

An dieser Stelle interessiert uns vor allem die genaue Kenntnis wie auch Reflexion des hierin zum Ausdruck kommenden komplexen Lagebildes. „Eigentlich" möchte der Sprecher, dass in seinem Krankenhaus nur medizinisch „indizierte Therapie" durchgeführt wird. Andererseits stellt sich auch für ihn das Anreizsystem so dar, dass es eine Grauzone gibt, in der zumindest manchmal vom ärztlichen Rational zugunsten der ökonomischen Perspektive abgewichen wird. Fallzahlsteigerungen aufgrund ökonomischer Vorgaben der Geschäftsführung werden von ihm daher

auch als falsche Strategie abgetan, gleichzeitig könne dies *situativ* nicht ausgeschlossen werden („im Ermessen mal eine Situation […], das kann ich auch nicht ergründen"). Dieses Wissen speist sich aus zweierlei habituellen Orientierungen: Er weiß aufgrund seiner beruflichen Sozialisation als Arzt ganz genau, dass die ärztliche Praxis sehr wohl korrumpierbar ist, ökonomische Anreiz- und Kontrollinstrumente die Behandlungsqualität und Notwendigkeit medizinischer Eingriffe, also die Indikationsstellung, beeinflussen können und dies – wie er indirekt zugibt – de facto auch geschieht. Während aber die ökonomischen Leistungsparameter in diesem Hause abgebildet und den Ärzten gespiegelt werden, finden sich hier weder Ansagen noch Kontrollbemühungen, Vergehen im Hinblick auf die Indikationsstellung zu thematisieren oder gar durch bestimmte Instrumente der Qualitätssicherung zu ahnden. Oder anders herum: Allein das *aktive* Nichthinschauen durch die Führungsspitze bringt eine spezifische Systemik hervor. Hier wird ein mögliches wie auch wahrscheinliches Fehlverhalten nicht thematisiert – weder in normativer Hinsicht, die Führung lehnt also falsche Indikationsstellungen nicht offiziell ab, ja schweigt über das Problem insgesamt, noch in deskriptiver Hinsicht; das Management versucht nicht einmal, sich ein realistisches Bild über das Ausmaß entsprechenden Fehlverhaltens im eigenen Haus zu verschaffen. Damit erscheint es geduldet und mit Blick auf die kommunizierten ökonomischen Parameter, wenngleich nicht gefordert, so doch zumindest akzeptiert. Anders als bei dem kirchlichen Träger in der Erzählung des Chefarztes im vorigen Kapitel werden hier die Ärzte zwar nicht explizit zu medizinisch nicht angezeigten Indikationsstellungen gedrängt, doch auf subtiler Ebene entfaltet sich sehr wohl eine ethische Schieflage, konditioniert durch eine Mischung aus ökonomischem Druck und wohlwollendem Wegschauen.

Für die Mehrzahl bundesdeutscher Krankenhäuser dürften gerade solche Arrangements alltagspraktisch entscheidend sein. Wem kann aber jetzt Verantwortung sinnvollerweise zugeschrieben werden, dem einzelnen Arzt, dem Management, der Organisation oder aber der Gesamtdynamik (inklusive der übergreifenden gesundheitsökonomischen Anreizsysteme)? Der soziologische Blick kann hier nur feststellen, dass die in der Praxis getroffenen Zuschreibungen von Verantwortung selbst Teil der beobachteten Dynamik sind bzw. diese konditionieren.

5. Wo verläuft die moralische (nicht rechtliche) Grenze, die ein bestimmtes Arrangement als (noch) akzeptabel, ein anderes jedoch als verwerflich erscheinen lässt?

Wie insbesondere in den ersten zwei Kapiteln dieses Beitrags deutlich wurde, stehen Medizin und Recht per se in einer problematischen Beziehung. Dies ergibt sich allein schon aus der Tatsache, dass sich medizinische Praxen durch ein hohes Maß an Informalität auszeichnen und dabei nicht selten in rechtlichen Grauzonen arbeiten. Aus einer medizinsoziologischen Perspektive ist Letzteres nicht unbedingt negativ zu beurteilen. Vielmehr lassen sich gute Gründe angeben, warum ärztliche Arbeit

nur dann gut gemacht werden kann, wenn sie nicht einem allzu stark auflösenden rechtlichen Blick ausgesetzt ist. Zudem kann es der ärztlichen Profession nur in einer gewissen Distanz zur Funktionslogik des Rechts gelingen, eigene normative Standards herauszubilden, die zwar (auch) durch Rechtsnormen konditioniert werden, nicht jedoch mit diesen identisch sind. Eine übergreifende soziologische Perspektive würde darüber hinaus sehen können, dass man die Medizin aus guten Gründen nicht sich selbst überlassen kann – zumal die Ärzte leicht zur Hypostase ihres eigenen Funktionsbezugs neigen (der Zweck heiligt dann die Mittel).

Für einen Soziologen, der als Kind der Moderne die Errungenschaften der Moderne wertzuschätzen gelernt hat, gilt jedoch zugleich das normative Primat, dass die funktionale Differenzierung und die hier eingeführten Werte und Codes nicht korrumpiert werden sollten. In diesem Sinne wäre mit Blick auf die Eigenlogik der Praxis von Organisationen zwischen guter und legitimer Informalität auf der einen Seite und schlechter und illegitimer Regelabweichung auf der anderen zu unterscheiden. Erstere offenbaren sich in all jenen komplexen Praxislagen, die den Funktionsbezügen und Handlungsorientierungen, wie sie dem ärztlichen Ethos entsprechen, nicht zuwiderlaufen, sondern diese vielmehr erst ermöglichen. Letztere zeigen sich demgegenüber in all den Fällen, in denen der medizinische Code offensichtlich korrumpiert wird, also organisationale Fremdrahmungen zur primären Handlungsorientierung von Ärzten oder Pflegekräften werden. Wo im Einzelfall die Grenze verläuft und welche Beurteilungsmaßstäbe und Grenzkriterien hier anzuwenden sind, um zu beurteilen, auf welcher Seite sich eine Praxis befindet, ist dabei nicht in trivialer Weise zu entscheiden. Zunächst ist insofern jedoch anzuerkennen, dass eine fundamentale Perspektivendivergenz zwischen Recht und Medizin besteht, also in der Praxis eine sinnvolle Balance zwischen diesen beiden Handlungsorientierungen zu finden ist.

Zudem ist hier nochmals an die alte, aber noch immer gültige professionssoziologische Einsicht anzuknüpfen, dass sich die ärztliche Profession und das hiermit einhergehende Ethos nur in einem subtilen Wechselspiel von Ökonomie, Recht und Medizin herausbilden und stabilisieren kann. Insofern sich hier also Verschiebungen ergeben (man denke an die derzeit opportune ökonomische Zurichtung der Krankenhäuser), erscheint von einem übergreifenden soziologischen Standpunkt aus gesehen eine Gegenbalance durch das Recht notwendig.

Die Frage, welche Schlüsse das Medizinrecht mit Blick auf die gegenwärtigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems ziehen mag und welche rechtlichen Konditionierungen unter diesen Vorzeichen in Zukunft angebracht erscheinen, liegt selbstredend weder in der Kompetenz noch Verantwortung eines Soziologen.

Literaturverzeichnis

Beck, R. (2005): Der Umgang mit Spital-Haftpflichtrisiken aus Sicht der Haftpflichtversicherer. *HAVE (Haftung und Versicherung).* 2005: 90-97.

Behrens, J. (2005): Soziologie der Pflege und Soziologie der Pflege als Profession: die Unterscheidung von interner und externer Evidence. In: K. R. Schroeter/T. Rosenthal (Hrsg.), Soziologie der Pflege. Weinheim, München (Juventa), S. 51-70.

Beine, K. H. (2007): Tötungsserien in Krankenhäusern und Heimen. *Deutsches Ärzteblatt* 104: A2328-2332.

Berg, M. (1992): The construction of medicals disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practise. *Sociology of Health & Illness* 14: 151-180.

Berg, M. (1996): Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of Health and Illness* 18: 499-524.

Blum, K./Löffert, S./Offermanns, M. u. Steffens, P. (2014): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2014. Düsseldorf.

Bode, I. u. Vogd, W. (2016): Einleitung. In: I. Bode/W. Vogd (Hrsg.), Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive. Wiesbaden (Springer VS), S. 131-157.

Bölt, U. u. Graf, T. (2012): 20 Jahre Krankenhausstatistik. *WISTA – Wirtschaft und Statistik* Februar 2012: 112-212.

Braun, B. (2014): Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. In: A. Manzei/R. Schmiede (Hrsg.), Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Wiesbaden (Springer VS), S. 91-114.

Bräutigam, C./Evans, M./Hilbert, J. u. Öz, F. C. (2014): Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. HBS Arbeitspaper 306. Düsseldorf, Hans Böckler Stiftung. Düsseldorf.

Charles, C./Gafni, A. u. Whelan, T. (1999): Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science and Medicine* 49: 651-661.

DeKay, M. L. u. Asch, D. A. (1998): Is the defensive use of diagnostic tests good for patients or bad? *Medical Decision Making* 18: 19-28.

Dörner, K. (2001): Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart New York (Schattauer).

Eberllein-Gonska, M. u. Costa, S.-D. (2015): Qualitätsmanagement – integraler Bestandteil der täglichen Arbeit? *Deutsches Ärzteblatt* 112: A316-318.

Elkeles, T. u. Crojethovic, M. (2016): Informalität in Krankenhausorganisationen – Motor oder Hindernis? Ergebnisse von neun Krankenhäusern in Nordostdeutschland. In: I. Bode/W. Vogd (Hrsg.), Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive. Wiesbaden (Springer VS), S. 143-161.

Ethikrat, Deutscher (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme 5. April 2016. Berlin (Deutscher Ethikrat).

Evetts, J. (2013): Professionalism: Value and ideology. *Current Sociology Review* 61: 778-796.

Fetter, R. B./Brand, D. A. u. Gamache, D. E. (1991): DRGs: their design and development. Ann Arbor, Mich. (Health Administration Press).

Fox, R. (1969): Training for Uncertainty. In: R. K. Merton/G. G. Reader/P. L. Kendall (Hrsg.), The Student Physician. Intruductory Studies in the Sociology of Medical Education. Cambridge Massachusetts (Harvard Univ. Press.), S. 207-241.

Freidson, E. (2001): Professionalism. The third logic. Cambridge, Mass. (Polity Press).

Garfinkel, H. (1974): „Good" Organizational Reasons for „Bad" Clinical Records. In: R. Turner (Hrsg.), Ethnomethodology. Selected Readings. Hardmondsworth (Penguin), S. 109-127.

Glaser, B. G. u. Strauss, L. A. (1965): Awarenes of dying. Chicago (Aldine).

Goffman, E. (1961): Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Chicago (Aldine).

Grosser, M. (2014): Burnout im Krankenhaus: Ursachen, Folgen und Prävention. Die auszehrende Organisation. In: D. Oelsnitz/F. Schirmer/K. Wüstner (Hrsg.), Leistung und Gesundheit in einer anspruchsvollen Arbeitswelt. Wiesbaden (Springer VS), S. 209-237.

Heath, C. u. Luff, P. (1996): Documents and Professional Practise: 'bad' organisational reasons for 'good' clinical records. *Proceedings of the Conference on Computer Supported Cooperative Word. Boston: ACM Press* 354-363.

Hermann, A. (2005): Das Arrangement der Hoffnung. Kommunikation und Interaktion in einer onkologischen Spezialklinik während der chirurgischen Behandlung von Knochen- und Weichgewebesarkomen. Frankfurt am Main (Mabuse).

Klinke, S. (2008): Ordnungspolitischer Wandel im stationären Sektor. 30 Jahre Gesundheitsreform, DRG-Fallpauschalensystem und ärztliches Handeln im Krankenhaus. Berlin (Pro Business).

Le Grand, J. u. Bartlett, W. (1993): The Theory of Quasi-Markets. In: dies. (Hrsg.), Quasi-Markets and Social Policy. London (Macmillan), S. 13-34.

Lowe, A. (2001): Casemix accounting systems and medical coding – Organisational actors balanced on "leaky black boxes". *Journal of Organizational Change Management* 14: 79-100.

Luhmann, N. (1990): Der medizinische Code. In: N. Luhmann (Hrsg.), Soziologische Aufklärung, Konstruktivistische Perspektiven. Opladen (Westdeutscher Verlag), S. 183-195.

Luhmann, N. (1999 [1964]): Funktionen und Folgen formaler Organisation. Berlin (Duncker & Humblot).

Manzei, A. u. Schmiede, R. H. (2014): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Wiesbaden (Springer VS).

Mihm, A. (2013): Gesundheitspolitik: CDU-Experte hält Hunderte Kliniken für überflüssig. FAZ.

Pauker, S. G. u. Pauker, S. P. (1998): Expected-utility perspectives on defensive testing. Torts, tradeoffs, and thresholds - is defensive medicine defensible? *Medical Decision Making* 18: 29-31.

Porter, E. M. u. Teisberg, E. O. (2006): Redefining Health Care. Boston, Mass. (Harvard Business School Press).

Power, M. (1997): The Audit Society. Rituals of Verification. Oxford (Oxford University Press).

Rau, F./Roeder, N. u. Hensen, P. H. (2009): Auswirkungen der deutschen DRG-Einführung. Stuttgart (Kohlhammer).

Roberto, V. (2003): Haftpflichtrisiken bei Geschäftsbeziehungen zu den USA. In: A. Koller (Hrsg.), Haftpflicht und Versichungsrechtstagung 2003: Tagungsbeiträge. St. Gallen (Verlag Institut für Haftpflicht- und Versicherungsrecht), S. 141-158.

Roeder, N. F., Dominik (2014): Beschleunigung im Krankenhausalltag. Konsequenzen für Beschäftigte und Patienten. G&G Wissenschaft 14(3): 26-34. *G&G Wissenschaft* 14: 26-34.

Rohde, J. J. (1974): Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Stuttgart (Ferdinand Enke).

Rüegg-Stürm, J. (2007): Die Prozessqualität ist die Grundlage. Wege zu einer besseren Kosteneffizienz von Krankenhäusern. *Deutsches Ärzteblatt* 50: A 3464-3467.

Samuel, S./Dirsmith, M. W. u. McElroy, B. (2005): Monetized medicine: from physical to the fiscal. *Accounting Organizations and Society* 30: 249-278.

Sauerland, D. (2002): Gesundheitspolitik in Deutschland. Reformbedarf und Entwicklungsperspektiven. Gütersloh (Verlag Bertelsmann Stiftung).

Scheel, O. E./Thry, E./Schmidt-Rhode, C. u. Berenbeck, M. (2011): Deutsches Gesundheitssystem auf dem Prüfstand.

Schrappe, M. (2007): Medizinische Zentren – Systematik und Nutzen. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 101: 141-146.

Schrem, H. M., Lutz / Machtens, Stefan / Hagl, Christian (2002): 48-Stunden-Woche im Krankenhaus. Bedrohliche Konsequenzen in den chirurgischen Fächern. *Deutsches Ärzteblatt* 99: A1268-1272.

Simon, M. (2000): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden (VS-Verlag).

Simon, M. (2013): Das Deutsche DRG-System. Grundsätzliche Konstruktionsfehler. *Deutsches Ärzteblatt* 110: A 1782-1787.

SPIEGEL, D. (1995): Jeder hat seine Toten. *DER SPIEGEL* 44: 234-251.

Strauss, A./Schatzman, L./Ehrlich, D./Bucher, R. u. Sabshin, M. (1963): The hospital and its negotiated Order. In: E. Freidson (Hrsg.), The hospital in modern society. London (Free Press), S. 147-169.

Strong, P. M. (1979): The ceremonial order of the clinic. Parents, doctors and medical bureaucracies. London (Routledge & Kengan).

Vogd, W. (2002a): Die Bedeutung von "Rahmen" (frames) für die Arzt-Patient-Interaktion. Eine Studie zur ärztlichen Herstellung von dem, „was der Fall ist" im gewöhnlichen Krankenhausalltag. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (ZBBS)* 2002: 321-346.

Vogd, W. (2002b): Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive. *Zeitschrift für Soziologie* 31: 294-315.

Vogd, W. (2004a): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität : eine qualitativ rekonstruierte Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen ("frames") und Rahmungsprozessen. Berlin (VWF).

Vogd, W. (2004b): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität: Eine qualitativ rekonstruktive Studie. Berlin (VWF).

Vogd, W. (2004c): Entscheidung und Karriere – organisationssoziologische Betrachtungen zu den Geschehnissen einer psychosomatischen Abteilung. *Soziale Welt* 55: 283-300.

Vogd, W. (2006): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Perspektive der ärztlichen Akteure. Huber Verlag (Bern).

Vogd, W. (2007a): Empirie oder Theorie? Systemtheoretische Forschung jenseits einer vermeintlichen Alternative. *Soziale Welt* 58: 295-321.

Vogd, W. (2007b): Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungsnetzwerk? Untersuchungen zum Einfluss von Medizincontrolling am Beispiel einer internistischen Abteilung. *Berliner Journal für Soziologie* 17: 97-119.

Vogd, W. (2009a): Rahmungen – Sterben im Modus des „als ob". In: J. Begenau/C. Schubert/W. Vogd (Hrsg.), Die Arzt-Patient-Beziehung. Stuttgart (Kohlhammer), S.

Vogd, W. (2009b): Rekonstruktive Organisationsforschung: Qualitative Methodologie und theoretische Integration. Opaden (Verlag Barbara Budrich).

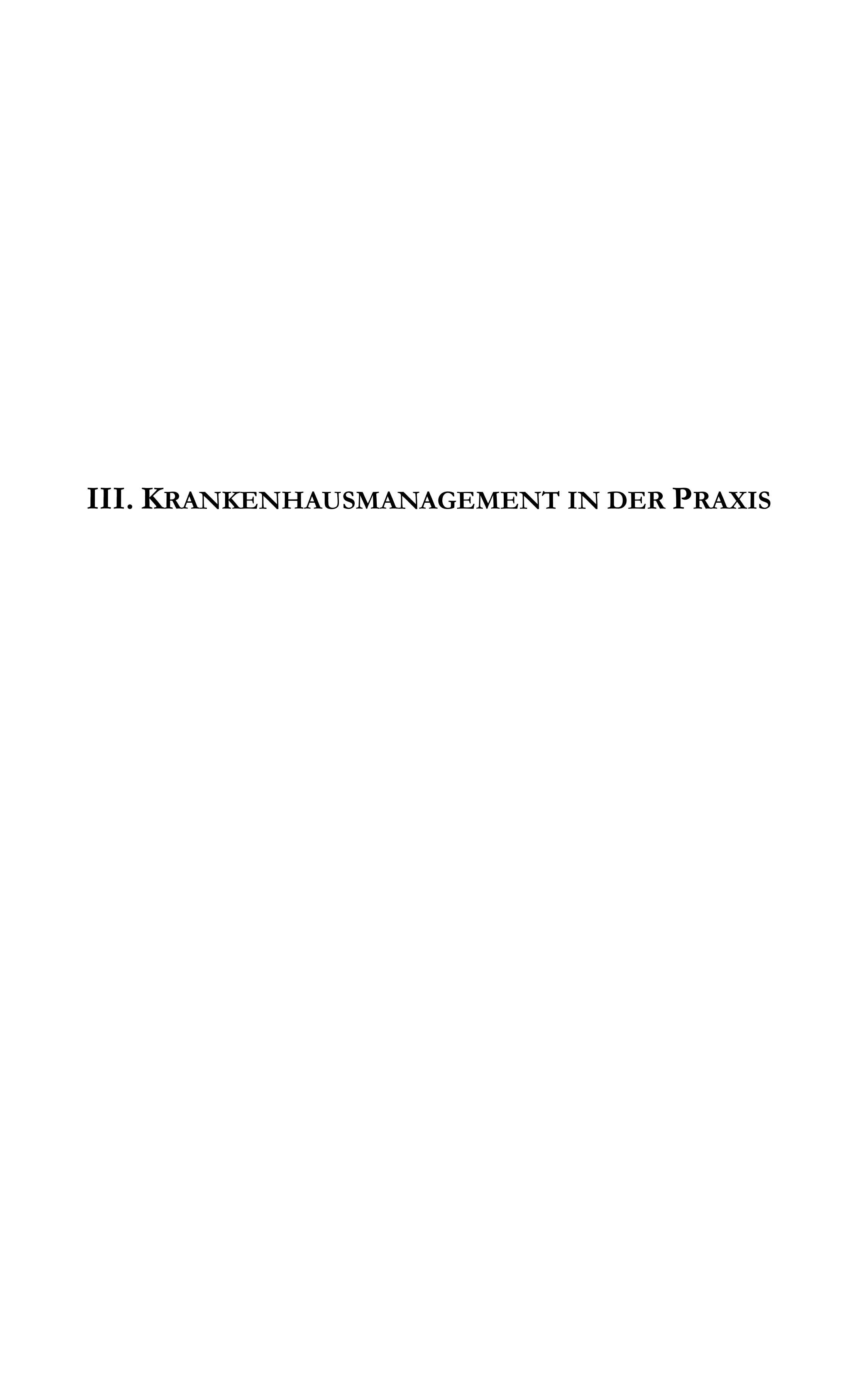
Vogd, W. (2011): Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung. Weilerswist (Velbrück).

Vogd, W. (2016): Das Missverstehen des Ökonomischen – oder vom Sündenfall falsch verstandener Rationalitäten im Krankenhaus. In: I. Bode/W. Vogd (Hrsg.), Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisatins- und gesellschaftstheoretischer Perspektive. Wiesbaden (Springer VS), S. 281-307.

Vogd, W. (2017): Management im Krankenhaus – eine Fallstudie zur Bearbeitung der Innen- und Außenspannungen unter Bedingungen des DRG-Systems. *Berliner Journal für Soziologie* 27: 93-121.

Vogd, W./Feißt, M./Molzberger, K./Ostermann, A. u. Slotta, J. (2017): Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement: zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten. (Springer VS).

Zimbardo, P. G. (2008): Der Luzifer-Effekt: Die Macht der Umstände und die Psychologie des Bösen. Heidelberg (Spektrum Akademischer Verlag).



III. KRANKENHAUSMANAGEMENT IN DER PRAXIS

Ökonomie und Qualität: Chancen oder Gefahren? – Eine (geriatrische) Praxis-Sicht

Dr. Daniel Grob

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist heute in vollem Gange. Diese Entwicklung ist insbesondere gefährlich, wenn ökonomische, d.h. vor allem betriebswirtschaftliche Parameter unkritisch und „ungefiltert" in die ärztlichen Entscheidungssituationen am Patientenbett einfließen.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat im Jahre 2014 ein Positionspapier herausgegeben, welches das Spannungsfeld von Medizin und Ökonomie adressiert. Es richtet sich primär an Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonal und weitere medizinische Fachpersonen sowie an Manager von Spitälern und weiteren Institutionen der Gesundheitsversorgung.

Im Folgenden werden die Grundlagen der ärztlichen Entscheidungsfindung – insbesondere im Kontext der geriatrischen Spitalmedizin – skizziert und das Positionspapier vorgestellt.

1. Vom ärztlichen Handeln

Ärztliches Handeln heißt im Alltag permanentes Entscheiden, nicht selten im 5-Minuten-Takt. Sowohl in der ambulanten Praxis als auch im Spital sind Ärztinnen und Ärzte täglich mit Dutzenden, wenn nicht Hunderten von kleineren oder größeren Einzelentscheidungen beschäftigt: Jede Medikamentenverordnung ist eine Entscheidungssituation, jede Verordnung (oder Nicht-Verordnung) einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme, jede sozialmedizinische Intervention wie eine Anmeldung zu einem Heim- oder Rehabilitationsaufenthalt.

Viele, wenn nicht die meisten der Entscheidungssituationen sind „Routine", basieren auf erlerntem medizinischen Wissen und sind „unproblematisch". Im Einzelfall hingegen kann sich jede auch banale Entscheidung oder insbesondere auch

Entscheidkaskade, also konsekutive Entscheidkette, wenn sie auf (vielleicht nicht optimalen) Vorentscheiden beruht, letztlich zum Unguten auswirken (Grob D. 2016). Die Art und Weise der ärztlichen Entscheidungsfindung ist heute ein ganz zentrales Thema ärztlichen Handelns.

2. Ärztliche Entscheidungsfindung

2.1 Grundlagen

Noch vor wenigen Jahrzehnten war die Medizin sehr patriarchal ausgerichtet: Ärzte (und wenige Ärztinnen) bestimmten, was geschah und was nicht. Sie entschieden häufig auf Grundlage persönlichen Erfahrungswissens und ihren Entscheidungen wurde kaum je widersprochen. Heute sind die Entscheidungsgrundlagen deutlich komplexer geworden, weil sie viele zusätzliche, nicht im engeren Sinne medizinische Variablen einzubeziehen haben:

a) Zunächst sind es die rechtlichen Parameter, die in Entscheidungssituationen einzufließen haben: So gewann z.B. in den letzten Jahrzehnten die Aufklärung des Patienten im Vorfeld eines Eingriffs im klinischen Alltag an Bedeutung – deren Fehlen einen wie auch immer gearteten medizinischen Eingriff zur (gegebenenfalls mit rechtlichen Konsequenzen behafteten) Körperverletzung macht. Dies bedeutet einen intensiven Einbezug des Patienten, was sowohl Zeit als auch kommunikative Kompetenzen des Arztes voraussetzt.

Dass dies dann dort an Grenzen stößt, wo Patienten z.B. infolge dementieller Erkrankungen nicht urteilsfähig sind, ist klar. Aber auch in diesen Situationen sind wieder rechtliche Regelwerke zu berücksichtigen: In der Schweiz sind dies die Bestimmungen des im Jahre 2013 in Kraft gesetzten Kinder- und Erwachsenenschutzrechtes, ein Teil des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Erwachsenenschutzrecht 2013). Dieses regelt die Stellvertretung des Patienten im Treffen solcher Entscheide bei passagerer oder dauernder Urteilsunfähigkeit. Es müssen damit häufig Angehörige resp. Bezugspersonen oder bereits eingesetzte Beistände einbezogen werden. Aber auch Datenschutzbestimmungen wie Patientenrechtsgesetze gewannen an Bedeutung.

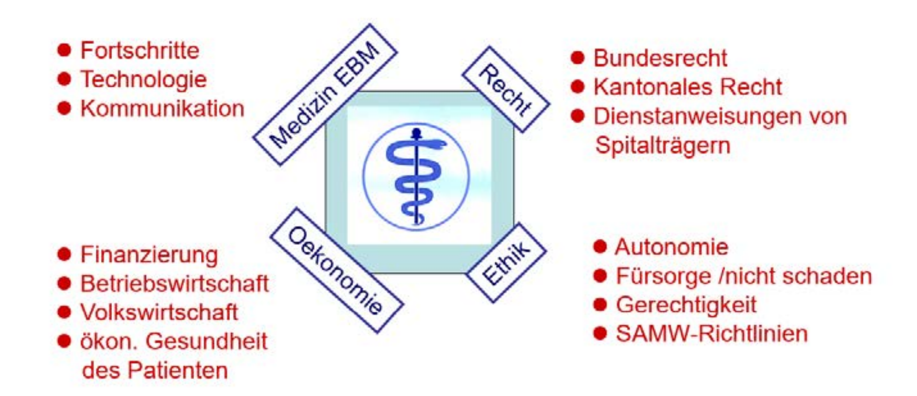
b) Zusätzlich mussten in den letzten beiden Jahrzehnten vermehrt ökonomische Parameter in Entscheidungen einbezogen werden. Der Wechsel der Spitalfinanzierung von der Objekt- zur Subjektfinanzierung über Fallkostenpauschalen setzt Spitäler unter erheblichen (betriebswirtschaftlichen) Kostendruck, mit welchem leitende Spitalärztinnen und -ärzte irgendwie bei ihren Entscheidungen umzugehen haben. Drei Faktoren sind es insbesondere, welche das betriebswirtschaftliche Resultat einer Klinik unter Fallpauschalenfinanzierung bestimmen: die Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten in einem Spital, die medizinische Komplexität (mithin die Art und Menge der im Einzelfall erbrachten medizinischen Leistung) sowie die Anzahl der behandelten Patienten („Anzahl Fälle“). Dass in diesem

ökonomisierten Spitalumfeld auch Entscheidungen gefällt werden (können), welche nicht dem Patienteninteresse dienen, ist evident. Es wird heute in der Schweiz in gewissen Bereichen klar von einer „Überversorgung“ resp. „Fehlversorgung“ gesprochen, welche letztlich sowohl dem Patienten wie auch dem Gesundheitssystem mehr schaden als nützen dürfte.

c) Der Einbezug medizinisch-ethischer Aspekte in Entscheidungssituationen wurde in den letzten Jahren mit der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens wichtiger: Das Positionspaper der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften versucht, diese ethischen Aspekte in die Entscheidungssituationen am Krankenbett einzubinden (SAMW 2014).

Damit sollte sich die ärztliche Entscheidungsfindung heute immer in einem Quadrat abspielen, dessen Ecken wie folgt gebildet sind (vgl. auch Abbildung u.):

aa) die medizinischen Wissenschaften und die heute etablierte „evidence-based medicine“;
bb) das Recht und damit die rechtlichen Rahmenbedingungen;
cc) die Ökonomie und damit die gesundheitsökonomischen Parameter und
dd) die ethischen Aspekte.



2.2 Regelwerke

Exemplarisch seien im Folgenden die wichtigsten der in der Schweiz gültigen Regelwerke aufgelistet, welche „der gute Arzt“ in seine Entscheidungen einzubeziehen hat:

a) Medizinische Grundlagen:
- Auf das jeweilige Patientenproblem bezogene evidenzbasierte Studien und deren Meta-Analysen, welche sich in der Fachliteratur finden;
- die von vielen Fachgesellschaften definierten Leitlinien resp. Empfehlungen für die gute klinische Praxis.

Es sei hier aber doch noch erwähnt, dass die unkritische Beachtung all der publizierten medizinischen Leitlinien und Guidelines gerade bei hochaltrigen, mehrfachkranken (polymorbiden) Menschen an ihre Grenzen stößt: Für jede der bei einem polymorbiden Patienten vorliegenden chronischen Erkrankungen existieren Handlungs- und Therapieanleitungen resp. Guidelines. Solche Guidelines werden primär vor dem Hintergrund des Bestrebens, die Qualität medizinischer Versorgung zu verbessern, entwickelt.

Schon vor zehn Jahren wurde darauf hingewiesen, dass die Beachtung all dieser Guidelines und Handlungsanleitungen bei mehrfach erkrankten Menschen zu unerwünschten Nebenwirkungen führen kann, so z.B. zu unbeabsichtigten Arzneimittelwirkungen oder höheren Kosten ohne Zuwachs an Behandlungsqualität (Boyd CM 2005).

Die ärztliche Kunst des geriatrisch Tätigen liegt darin, im Einzelfall, im Angesicht der höchst individuellen Wirklichkeit des Patienten, gezielt und rational gegen bestimmte, eindimensional entwickelte Behandlungsrichtlinien und Guidelines zu verstoßen. Es braucht diese Therapiefreiheit und damit Mut und Erfahrung, solche individualisierten Lösungen umzusetzen. Die Behandlungsqualität hochaltriger Menschen ist nicht zu messen mit der Adhärenz an eindimensionalen Behandlungsrichtlinien, sondern benötigt den Einbezug von Variablen wie Betreuungskoordination, Beratungsdienstleistungen („Empowerment“) und gemeinsamer Entscheidungsfindung („shared decision making“).

b) Juristische Regelwerke:
- Die Verfassung der Schweiz und die Europäische Menschenrechtskonvention.
- Kantonale rechtliche Grundlagen wie das kantonale Heilmittelgesetz, das kantonale Datenschutzgesetz, das kantonale Patientengesetz, kantonale Gesundheitsgesetze.
- Richtlinien der einzelnen Spitalträger, meist in Form von Dienstanweisungen.

c) Ökonomische Grundlagen:
- Swiss-DRG, das Fallpauschalensystem der Schweiz.
- Tarmed-Katalog, ein Einzelleistungs-Tarifkatalog für ambulante Behandlungen in der Schweiz.
- Die Kostenrechnung des jeweiligen Spitals resp. der jeweiligen Klinik.

d) Ethische Grundlagen und Richtlinien
- Die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW. Viele dieser Richtlinien wurden in das Standesrecht der Schweizerischen Ärztegesellschaft FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum) aufgenommen und sind verbindlich für dessen Mitglieder. Sie betreffen komplexe Therapiebereiche wie zum Beispiel Sterbehilfe, intensivmedizinische Maßnahmen oder Zwangsmaßnahmen (SAMW 2015).

3. Behandlungsziele in der geriatrischen Medizin als Entscheidungsbasis

Hochaltrige Menschen werden heute nicht selten aus einer eindimensionalen, organspezifischen Sicht behandelt wie jüngere Menschen – und drohen dann Komplikationen zu erleiden, welche das Potential haben, die Qualität ihrer letzten Lebensjahre zu belasten. Auch wenn die moderne Medizin immer minimal-invasiver und damit „altersgerechter" wird, bleiben bei alten Menschen höhere Interventionsrisiken als bei jüngeren Menschen. Eingriffe bei alten Menschen bedürfen damit einer besonders sorgfältig angelegten Indikation – mit Einbezug vieler Faktoren.

Im Denken vieler Medizinerinnen und Mediziner findet sich auch heute noch die simplifizierende Dichotomie „Palliativmedizin versus kurative Medizin", kurative Medizin mit dem organspezifischen Fokus auf Lebensverlängerung: Irgendwie kann aus dieser Sicht mit den heutigen Möglichkeiten immer – „bis zum bitteren Ende" – invasiv interveniert werden; und wenn es dann „am Schluss" gar nicht mehr geht, folgt das Etikett „palliativ". Solchen (zu) einfachen Modellen ist mit einem strukturierten Modell zur Entscheidungsfindung entgegenzutreten. Solche Therapieziele basieren auf dem Verstehen und der Kenntnis des Patienten und seinen Wünschen. Wo steht der Patient? Was erwartet er (noch) von seinem Leben? Was will er noch erledigt haben? Diese Kenntnisse in Verbindung mit den aktuell vorliegenden Hauptproblemen bzw. -diagnosen führen dann zu Behandlungszielen wie Heilung, Lebensverlängerung, Rehabilitation nach Hause, Linderung/Vermeidung von Leiden oder schlicht Optimierung der Lebensqualität. Dabei entscheidet der Patient, was er unter Lebensqualität versteht: „Quality of life is whatever the patient says it is" (Borasio 2015).

Gerade bei hochbetagten, polymorbiden Menschen sollte damit vor medizinischen Interventionen ein strukturierter Zugang zur Indikationsstellung vorangestellt werden. Strukturierte Abläufe, wie sie sich in Guidelines und Checklisten

finden, sind wichtige Instrumente zur Behandlungsoptimierung – dies vor dem Hintergrund der heute zunehmenden Fragmentierung der medizinischen Leistungserbringung und Inkonstanz der persönlichen Betreuung. Wo früher sowohl im Spital als auch in Pflegezentren über häufig lange Zeit konstante Bezugspersonen (zuständige Ärzte, Ärztinnen und Pflegefachkräfte) vorhanden waren, sind es heute multiprofessionelle Teams, deren Zusammensetzung sich im Wochenrhythmus ändern kann. Strukturierte Zugänge gestatten es auch, die (rechtlichen) Vorgaben des im Jahre 2013 eingeführten Erwachsenschutzrechts, allfällige Patienten- oder Datenschutzgesetze wie auch medizinisch-ethische Richtlinien zu beachten.

Ein mehrstufiges Modell mit sieben Schritten zur Priorisierung von Behandlungszielen bei geriatrischen Patientinnen und Patienten kann sich im Alltag im Sinne eines „Denkmodells" als nützlich erweisen (Grob D 2015, adaptiert nach Riat F 2012): Siehe Tabelle 1.

Tabelle 2: Sieben Schritte zur Priorisierung von Behandlungszielen bei geriatrischen Patientinnen und Patienten

Schritt 1	Umfassende Diagnostik, Erstellung Problemliste, Erfassung der Defizite und Ressourcen (multidimensionales geriatrisches Assessment)
Schritt 2	Erfassung übergeordneter Patientenpräferenzen und Wünsche
Schritt 2	Übergeordnete Behandlungsziele festlegen
Schritt 4	Abschätzung der Lebenserwartung des Patienten
Schritt 5	Definition möglicher Interventionen in Bezug auf Hauptproblem des Patienten (Schritt 1)
Schritt 6	Erarbeitung eines Behandlungsplans
Schritt 7	Behandlungsplan mit Patient und allenfalls Bezugspersonen diskutieren und validieren. Entscheid.

4. Medizin und Ökonomie: Das Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

4.1 Zusammenfassung

Ökonomische Parameter haben heute wohl einen großen Einfluss auf die medizinische Entscheidungsfindung und die Definition der Behandlungsziele. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat deshalb im Jahre

2014 ein Positionspaper zu „Medizin und Ökonomie – wie weiter?“ publiziert, welches unter dem Link https://www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html als PDF-Dokument frei erhältlich und zugänglich ist. Es soll das Spannungsfeld von Medizin und Ökonomie beleuchten (zitiert aus der Zusammenfassung):

„Das übergeordnete Ziel des Gesundheitswesens – eine qualitativ hochstehende und gleichzeitig finanzierbare Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung – setzt die Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegefachpersonen, Angehörigen weiterer Gesundheitsberufe, Gesundheitsmanagern, Versicherern und Gesundheitspolitikern voraus.

Idealerweise können Qualität und Zugangsgerechtigkeit stetig verbessert und Kosten gesenkt werden, ohne dass eine dieser Dimensionen zulasten einer anderen geht. In der Realität jedoch gibt es sehr wohl Konfliktfelder und Probleme: Qualitätseinbußen durch fehlgeleitete Effizienzsteigerung; Interessenkonflikte der Gesundheitsfachleute; Aushöhlung des Fürsorgemodells in der Arzt- bzw. Pflegende-Patienten-Beziehung; Verlust der intrinsischen Motivation von «Leistungserbringern»; Deprofessionalisierung; Verzerrung medizinischer Prioritäten; Vertrauensverlust der Patienten und Überhandnehmen der Bürokratie.

Die Folgen einer fehlgeleiteten Ökonomisierung und/oder Kommerzialisierung der Medizin sind ein reduziertes Engagement oder gar der Verlust motivierter Fachkräfte, verbunden mit Einbußen an Qualität und Versorgungsgerechtigkeit durch Über-, Unter- und Fehlversorgung. Das übergeordnete Ziel einer finanzierbaren und nachhaltig leistbaren und qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung wird damit verfehlt.

Umso wichtiger ist es, sich zu vergewissern, welche Kerngehalte der Medizin nicht aufs Spiel gesetzt werden dürfen. Hierzu zählen eine fürsorgliche, respekt- und vertrauensvolle Beziehung zwischen medizinischen Fachpersonen und Patienten; eine bedürfnisorientierte Versorgung der Bevölkerung; ein finanzieller Aufwand, der nachhaltig leistbar ist und in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen steht; ein Bemühen um Effizienz, das nicht zulasten einer qualitativ hochstehenden Versorgung geht sowie ein wertschätzendes Arbeitsumfeld für Ärzte und andere medizinische Fachpersonen.“

4.2 Problemfelder

Folgende Problemfelder, die sich aus einer fehlgeleiteten Ökonomisierung resp. Kommerzialisierung des Gesundheitswesens ergeben, werden im SAMW-Positionspaper thematisiert und diskutiert:

- Qualitätseinbußen durch fehlgeleitete Effizienzsteigerung (S. 19)
- Interessenskonflikte (S. 21)
- Aushöhlung des Fürsorgemodells in der Arzt- bzw. Pflegende-Patienten-Beziehung (S. 22)
- Verlust der intrinsischen Motivation (S. 24)
- Deprofessionalisierung (der Arzt als medizinischer „Leistungserbringer“) (S. 25)
- Verzerrung medizinischer Prioritäten (S. 26)
- - Vertrauensverlust des Patienten (S. 27)

Das Positionspapier hält auch fest, was in der Gesundheitsversorgung auf keinen Fall verloren werden darf:

- Eine fürsorgliche, respekt- und vertrauensvolle Beziehung zwischen medizinischen Fachpersonen und Patient (S. 29)
- Eine bedürfnisorientierte Versorgung der Bevölkerung (S. 30)
- Ein finanzieller Aufwand, der nachhaltig leistbar ist und in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen steht (S. 31)
- Ein Bemühen um Effizienz, das nicht zu Lasten einer qualitativ hochstehenden Versorgung geht (S. 31)
- Ein wertschätzendes Umfeld für medizinische Fachpersonen (S. 32)

4.3 Empfehlungen

Die Empfehlungen im SAMW-Positionspaper basieren auf den folgenden grundsätzlichen Überlegungen, wie das Verhältnis von Medizin und Ökonomie zu gestalten ist (zit.):

„Statt Polarisierung zwischen Medizin und Ökonomie oder einem passiven Erdulden einer unerwünschten Ökonomisierung ist die aktive Gestaltung des Verhältnisses durch Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe anzustreben.

Dabei ist die gemeinsame Vision einer qualitativ hochstehenden, nachhaltig leistbaren Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung in den Vordergrund zu rücken. Die in der Krankenversicherung verankerte Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, alten und jungen Personen sowie Frauen und Männern darf dabei nicht tangiert werden; ebenso wie die Solidarität mit sozial schwächeren Personengruppen.

Medizin und Ökonomie sollten nicht als Systeme mit konkurrierenden Zielen gedacht werden. Hilfreicher ist ein Konzept, das von einem gemeinsamen Ziel mit verschiedenen Dimensionen (Verbesserung der individuellen Patientenerfahrung, Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und sinnvoller Ressourceneinsatz) ausgeht.

Insbesondere ist die heute dominierende, rein betriebswirtschaftlich geprägte Sichtweise (Spitäler, Krankenkassen u.a.) durch eine gesamtwirtschaftliche Sicht abzulösen.

Dem Management kommt eine wichtige Rolle in der Umsetzung des übergeordneten Ziels zu. Wie sich zum Beispiel ökonomische Steuerungsinstrumente wie Fallpauschalen auswirken, hängt zu einem Gutteil von der Implementierung ab. Damit geht auch eine besondere Verantwortung einher, nicht nur für den ökonomischen Leistungsausweis, sondern auch für die Qualität und Fairness der geleisteten Versorgung. Dem Management obliegt es, dafür geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen.

Ärzte und andere medizinische Fachpersonen sind aufgerufen, eine fürsorgliche Beziehung zu den Patienten und eine bedarfsorientierte Versorgung als Kern der Medizin zu bewahren. Gewinnstreben unter dem Anschein einer fürsorglichen Beziehung ist mit der Professionalität der Gesundheitsberufe nicht vereinbar und kann einen Vertrauensverlust der Patienten nach sich ziehen. Klinisch tätige Ärzte müssen die ökonomischen Spielregeln, für deren Umsetzung sie

gegenüber den Patienten die moralische Verantwortung tragen, in ihren jeweiligen Einrichtungen mitgestalten.

Die teuerste Medizin muss nicht die beste sein, und weniger Medizin kann besser sein. Gespräche zwischen Ärzten oder Pflegenden und Patienten können genutzt werden, um immer wieder an diese simple Tatsache zu erinnern."

Konkretisiert werden die folgenden Empfehlungen:

a) Aktiver Einbezug des Patienten (S. 35)
b) Schaffung einer Kultur, die Offenheit und kritische Reflexion fördert (S. 35)
c) Verbesserung der Vergütungs- und Anreizstrukturen (S. 36)
d) Verbesserung der bestehenden Zertifizierungsprozesse (S. 37)
e) Gezieltes Auswerten und Erheben von Daten (S. 38)

5. Persönliches Fazit: Chance oder Gefahr?

Die Art des Finanzierungssystems ist letztlich nicht so relevant: Jedes Finanzierungssystem setzt Anreize, welche das Potential haben, grundlegende Ziele eines Gesundheitswesens zu fördern oder zu behindern.

Das Positionspaper der SAMW hat unmissverständlich die Verantwortung auch des Spitalmanagements für die Umsetzung der etablierten ökonomischen Steuerungsinstrumente wie Fallpauschalen festgehalten: Spitalleitungen verantworten damit nicht nur einen jeweiligen ökonomischen Leistungsausweis, sondern müssen auch Verantwortung tragen für die Qualität und Fairness der geleisteten Versorgung. Dem Management obliegt es letztlich, dafür geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen. Dieses Denken mag für jene Spitalmanager neu sein, welche die Qualität medizinischer Leistungen unkritisch (und auch zu einfach gedacht) an die Ärzteschaft delegieren.

Ärztinnen und Ärzte gestalten zusammen mit den Pflegefachkräften und den Therapeutinnen und Therapeuten unter den definierten Rahmenbedingungen die Alltagsarbeit „am Krankenbett". Sie sind mithin verantwortlich für eine kluge ärztliche Entscheidungsstrategie im Einzelfall unter Einbezug von medizinischen, juristischen, ökonomischen und ethischen Parametern. Sie haben allerdings auch die Pflicht, die Spitalleitungen darauf aufmerksam zu machen, wenn die definierten Rahmenbedingungen (z.B. Personalschlüssel, Infrastruktur u.a.) nicht (mehr) geeignet sind, gute medizinische Qualität zu erbringen. Letzteres setzt Kooperation und Dialogbereitschaft voraus.

Der Einbezug ökonomischen, insbesondere volkswirtschaftlichen Denkens in Behandlungsentscheide ist per se nicht abzulehnen, wohl hingegen eine betriebswirtschaftlich profit-orientierte Kommerzialisierung des Gesundheits- und Spitalwesens: Betriebswirtschaftliches Kalkül darf keinen Platz haben in den individuellen Einzelentscheidungen am Krankenbett: Es gehört auf die Führungsebene in den Dialog zwischen Spitalökonomen und Spitalärzten! Neben ökonomischen

Parametern sind aber auch hier gleichwertig die heute noch unberechtigterweise unterbewerteten juristischen und ethischen Parameter einzubeziehen.

Ökonomisches Denken in der Medizin kann durchaus Chancen beinhalten: Chancen z.B. für die Minimierung der Administration, für die schlanke Gestaltung von Behandlungsprozessen, für die Abwehr von unnötiger Überversorgung, um nur drei Beispiele zu nennen. Es birgt aber vor allem dann Gefahren, wenn medizinische Entscheide vorwiegend ökonomisch motiviert sind und nicht gleichwertig juristische und ethische Grundlagen berücksichtigt werden.

Literatur

Borasio GD. (2015) Palliative Care in der Geriatrie: Es ist schon 10 nach 12. Referat am 15. Zürcher Geriatrieforum Waid. https://www.stadt-zuerich.ch/waid/de/index/kliniken/klinik_fuer_akutgeriatrie/geriatrieforum/archiv-geriatrieforen/Geriatrieforum.html (Zugriff am 09.10.2016)

Boyd CM, Darer J et al. (2005). Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients with multiple comorbid Diseases. JAMA 294; 6: 716-724

Erwachsenenschutzrecht (2013). Das Schweizerische Erwachsenenschutzrecht ist Teil des Schweizerischen Zivilgesetzbuches. Nähere Informationen unter (http://www.fmh.ch/files/pdf12/Erwachsenenschutzrecht_2013_D.pdf, Zugriff am 11.10.2015)

Grob D (2015). Von einer kurativ-palliativen Dichotomie hin zur Priorisierung von Behandlungszielen. Der informierte Arzt 12; 20-23

Grob D. (2016). Das Gute in der Altersmedizin. VSH-Bulletin Nr. 1, 33-39

SAMW. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2014) Medizin und Ökonomie – wie weiter? Swiss Academies Communications 9 (4). Online abrufbar unter http://www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html (Zugriff am 09.10.2016)

SAMW - Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2016). Die aktuell gültigen Richtlinien finden sich unter: http://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html (Zugriff am 09.10.2016)

Qualitäts- und Risikomanagement: Alternative oder Ergänzung zur rechtlichen Inverantwortungnahme?

Prof. Dr. Rainer Nustede und Dr. Maria Inés Cartes

1. Einleitung

Qualitäts- und Risikomanagement – die grundlegenden Überlegungen sind nicht neu: Bereits im Jahre 1915 stellte der amerikanische Chirurg Ernest Amory Codman (1869 – 1940) anlässlich einer chirurgischen Fachtagung die Problematik und die dringende Notwendigkeit qualitätsbezogener Überlegungen illustrativ dar – ein von ihm selbst gefertigtes Cartoon zeigt einen Straußenvogel mit dem Untertitel „*Many surgical leaders have behave as ostriches, but it is time to get the head out of the sand*" (zitiert nach Dindo et al. 2010).

Diese Aufforderung aus dem letzten Jahrhundert, den Kopf zu heben, um die Qualitätsproblematik in der Medizin zu thematisieren, traf in der Folge keineswegs auf ungeteilte Zustimmung. „*Nicht zum Nutzen des Patienten*" überschrieb unlängst das Deutsche Ärzteblatt (DÄ 2014, 111: A 1556 f.) einen Kommentar zum Qualitätsmanagement, das für die Medizin eine ähnliche Nützlichkeit aufweise wie „die Ornithologie für die Vögel" (Serban-Dan Costa 2014).

Andererseits zählen Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement heute zu den zentralen Elementen der aktuellen Gesundheitspolitik. Die Bedeutung eines ökonomischen Erkenntnisinteresses ist in diesem Zusammenhang evident. Für die komplexeren und damit auch risikoreicheren Behandlungsformen der modernen Medizin ist mittlerweile von weiter ansteigenden Schadensaufwendungen auszugehen (z. B. zwischen 2005 und 2008 um 31,4 % – Versicherungskammer Bayern – zit. nach Neelmeier 2014, S. 111). Vor allem die chirurgischen Fächer zählen

dabei zu den sogenannten „Hochrisikodisziplinen" und sind besonders betroffen (Meurer et al. 2004). Die vor allem ökonomisch motivierten Anstrengungen der Kliniken zur konkreten Schadensprävention werden dabei unter dem Begriff des „Risikomanagements" zusammengeführt. Das Risikomanagement betrifft daher lediglich einen wichtigen Teilaspekt des umfassenderen, ganzheitlicheren Verständnisses im Sinne von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Eine begrifflich klare, charakteristische Unterscheidung zwischen Risikomanagement und Qualitätsmanagement wird aber bei den hier angedeuteten „unterschiedlichen Stoßrichtungen" (Neelmeier 2014, S. 104) nicht immer deutlich: Primär ökonomisch orientierte, „haftungsrechtlich minimierende Ansätze" (Neelmeier, a.a.O.), die im Rahmen des Risikomanagements führend sein können, konkurrieren nicht selten mit den umfassenderen Gesichtspunkten des patientenorientierten Qualitätsmanagements. Das Spannungsfeld zwischen Ökonomie und einem eher klassisch anmutenden ärztlichen Verständnis von Patientensicherheit deutet sich an. Darauf wird noch einzugehen sein.

2. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement – gesetzliche Vorgaben

Gesichtspunkte der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements wurden im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 im SGB V besonders berücksichtigt (Helou et al. 2002): Verpflichtende Vorgaben zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement finden sich vor allem in den Regelungen der §§ 135a, 136a, 137, 137d und 115b des SGB V. Das institutionalisierte Qualitätsmanagement wurde sodann über weitere sektorenspezifische Richtlinien (z.B. Notwendigkeit von Qualitätsberichten in den Krankenhäusern, die nach § 108 SGB V zugelassen sind) konkretisiert. Die neue, erweiterte Richtlinie, die am 17.12.2015 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen wurde, legt beispielsweise in § 5 die Grundzüge eines „klinischen Risikomanagements und Fehlermeldesystems" fest, denn der systematische Umgang mit Fehlern soll zu den grundlegenden Voraussetzungen einer patientenorientierten Gesundheitspolitik zählen (Voit 2016).

Die wichtigen Risikomeldungen sollen dann gemäß Teil B der neuen Richtlinie einrichtungsübergreifend kommuniziert werden. Der Gesetzgeber stellt hier (finanzielle) Zuschläge in Aussicht, wenn sich die Krankenhäuser an diesen übergreifenden Fehlermeldesystemen beteiligen. Die weiteren konkretisierenden Verhandlungen sind aber gegenwärtig noch nicht vollständig abgeschlossen.

Darüber hinaus werden eigenständige Verfahren wie die Verwendung sogenannter OP-Checklisten (Fragen zur Patientenidentität, zur Diagnose, zur Seitenrelevanz der geplanten operativen Eingriffe) festgelegt. Auch ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement wurde bereits verpflichtend eingeführt (§ 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V). Regelmäßige Patientenbefragungen mit validierten Methoden sollen erfolgen. Die praktische Relevanz dieser Maßnahmen ist gegenwärtig noch nicht

einzuschätzen. Empirische Studien liegen noch nicht vor. Ob eine nachhaltige Bedeutung für die Patientensicherheit erzielt werden kann oder ob eher marketingorientierte Zielvorstellungen realisiert werden, bleibt daher abzuwarten.

Festlegungen zur Notfallausstattung und zur Notfallkompetenz (§ 4 Abs. 2 der am 16. November 2016 in Kraft getretenen Richtlinie), zum Schmerzmanagement und zur Hygienekompetenz komplettieren dann die Bemühungen zur Weiterentwicklung der qualitätssichernden Maßnahmen.

Die Komplexität und der Umfang des einschlägigen Regelwerks kann an dieser Stelle nicht erschöpfend dargestellt werden. Die in der realen klinischen Lebenswelt vorherrschende Ambivalenz („*Reizthema für Ärzte*" – Th. Gerst im DÄ 2014, 111: A 1728) soll aber im Folgenden punktuell veranschaulicht werden, um danach das zur Diskussion stehende Verhältnis des Qualitäts- und Risikomanagements zur rechtlichen Inverantwortungnahme grundsätzlich diskutieren zu können.

3. Die Qualitätsproblematik – eine Frage der Behandlungskultur

Hier ist zunächst die konkrete substantielle, inhaltliche Dimension der Qualitätsproblematik zu thematisieren. *Qualität* wird nach der Festlegung des amerikanischen Institute of Medicine definiert als *„das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen professionellen Wissensstand übereinstimmen"* – zitiert nach Schrappe 2001.

Die Orientierung soll dabei an Zielen „*unter Berücksichtigung von Prioritäten und Wertsetzungen, die sich aus verschiedenen Perspektiven (Nutzer, Anbieter, Kostenträger, Politik) unterschiedlich darstellen können*", erfolgen (Helou et al. 2002). Eine Orientierung am aktuellen Kenntnisstand wird vorausgesetzt (ebenda).

Wem diese Angaben zu wenig substantiell erscheinen, sei auf die außerdem noch geforderte Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian 1966) verwiesen.

Insgesamt bleiben hier durchaus Fragen offen – einerseits ist die gesetzlich verankerte Forderung nach mehr Qualität im Gesundheitssystem dringend geboten, andererseits dürfte die erforderliche Konkretisierung noch unklar bleiben.

Es erscheint zunächst wenig hilfreich zu sein, die ausstehende Konkretisierung qualitätsbildender Maßnahmen allein durch die tautologisch anmutende Forderung zu kompensieren, dass qualitätssichernde Maßnahmen unerlässlich sind. Zu diesen Maßnahmen werden beispielsweise „*die Verhinderung vermeidbarer Todesfälle sowie die Verhütung, Heilung und Linderung von Krankheiten*" gezählt (Helou et al. 2002).

Für den konkreten klinischen Alltag ist aber dadurch noch nichts gewonnen. Der eingangs zitierte Pionier des Qualitätsmanagements E. A. Codman konnte in dieser Hinsicht durchaus hilfreichere Vorstellungen präsentieren: Die von ihm vorgeschlagenen Konferenzen zur Diskussion von Morbidität und Mortalität (so genannte M&M-Konferenzen) sollten ergänzt werden, indem nicht allein nach

erfolgreichen und fehlgeschlagenen Maßnahmen differenziert werde. Es sollte eine zusätzliche, inhaltliche Differenzierung dieser Prozesse angestrebt werden, indem zwischen erwartungsgemäßen und unerwarteten Krankheitsverläufen unterschieden wird (Bohnen et al. 2016): Diese Vorstellungen beziehen sich auf die ggf. zu etablierenden „Peer-Review-Verfahren“, die einen systematischen Umgang mit Fehlerquellen durch einen Diskurs mit moderierenden, berufenen Experten ergänzen sollen (Reines et al. 2017). Die organisationsrelevanten Einzelheiten dieser Prozeduren sind aber gegenwärtig noch nicht etabliert. Die dabei inhärente normative Problematik (Legitimation von und durch Verfahren) ist für die Rechtswissenschaft nicht neu (u.a. Luhmann 1969, Alexy 1995, Tschentscher 2000), denn die rationale Rechtfertigung von Wertungen berührt den „*Wissenschaftscharakter der Jurisprudenz*“ (Alexy 1983, S. 24). Die normative Problematik der *medizinischen Organisationsformen* bezieht sich analog auf die einschlägige Frage nach dem „richtigen“ ärztlichen Handeln (Dörner 2001, S. 22) und tangiert ebenfalls die fundamentale Frage: „Is medicine a science?“. Diese jüngst vom amerikanischen Onkologen Siddharhartha Mukherjee in seiner Schrift „The Laws of Medicine – Field Notes from an Uncertain Science“ reformulierte Problematik unterstreicht den Stellenwert der inhaltlichen, normativen Dimension jeder ärztlichen Tätigkeit („*Praxis des Arztes als konkrete Philosophie*“ – Jaspers 1986, S. 57). Die bewusste Erörterung dieser Zusammenhänge ist gegenwärtig (noch) nicht erkennbar. (Auch) In dieser grundlegenden Hinsicht könnten die zeitgenössischen Überlegungen zum Qualitätsmanagement durch die Rechtswissenschaft sinnvolle Ergänzung erfahren.

4. Das Problem der Prozessqualität

Die Maßnahmen zur Verbesserung der Prozessqualität zeigen beispielhaft die grundlegenden Schwierigkeiten auf, wenn die medizinische Qualitätsfrage inhaltlich bearbeitet und nicht auf tautologisch anmutende Definitionen verwiesen (wie hier: Verhinderung von Tod – in: Helou et al. 2002) werden soll. Die amerikanische Datenbank NSQIP (National Surgical Quality Improvement Program) definiert beispielsweise die zeitliche Grenze, die für die Erfassung von Morbidität und Mortalitätsereignissen relevant ist, willkürlich bei 30 Tagen. Allerdings treten durchaus etliche, klinisch relevante Probleme erst nach Ablauf dieser Frist auf. Eine exakte Begründung für die Wahl dieses so genannten „Cut-Off-Points“ existiert aber nicht. Würde hier die Sensitivität für die Detektion von Morbiditäts- und Mortalitätsfällen erhöht, indem man das Zeitintervall verlängert, dann wäre im gleichen Zuge zu erwarten, dass die Spezifität der Detektion sinkt. Die Auswirkungen dieser Betrachtung auf die Prozessqualität harren ebenfalls der Diskussion. Der „Cut-Off-Point“ ist noch nicht hinreichend definiert (Bohnen et al. 2016).

Die inhaltliche Problematik der Qualitätsdefinition ist angesichts eines hinlänglich bekannten Methodenmangels und der Heterogenität der Nomenklatur ungelöst. So wird der Begriff der Morbidität im internationalen Schrifttum für die

Bauchspeicheldrüsenchirurgie unterschiedlich weit gefasst: Es finden sich Angaben zu Häufigkeiten zwischen 18 % und 77 % in Abhängigkeit von der Definition des so genannten „Outcome" und des „Case-Mix" (Fallschwere im DRG-System) sowie der Beobachtungszeit (Trede et al. 1990, Dindo et al. 2010).

An dieser Stelle bleibt daher zunächst in kritischer Absicht festzuhalten:
Einerseits sind Qualitäts- und Risikomanagement für die patientenorientierte moderne Medizin von entscheidender Bedeutung, worauf der Gesetzgeber zuletzt mit der sektorenübergreifenden Richtlinie zum Qualitätsmanagement vom 16.11.2016 reagiert hat.

Leider ist andererseits vor allem aus Sicht der Ärzteschaft weiterhin unklar, was konkret gemanagt werden soll: Wie wird die Qualität ermittelt und welche Inhalte werden durch den Qualitätsbegriff faktisch beschrieben? Könnte der Mangel an inhaltlicher Orientierung charakteristische Gründe haben, die mit einem grundsätzlichen Paradigmenwechsel im Sinne einer Markttransformation des Gesundheitswesens vergesellschaftet sind?

Es steht nicht allein die Qualität der genuin medizinischen Arbeitsvorgänge, also der Prozesse im Raum. Auch die konkrete Datenerhebung selbst bietet Probleme, die zu lösen sind: Die Datenerhebung gestaltet sich zeitaufwendig, sie ist unbeliebt. Empirische Studien aus dem Arbeitsalltag der Kliniken zeigen, dass regelhaft Assistenzärzte in der Facharztausbildung mit dieser Aufgabe im Rahmen von M&M-Konferenzen betraut werden (Dindo et al. 2010). Abgesehen von der kritisch zu hinterfragenden Motivationslage (im chirurgischen Bereich spricht man gern von „parachirurgischen" und somit nicht operativen Kernaufgaben für junge Ärztinnen und Ärzte, die aber eher an operativen Aufgabenstellungen interessiert sind, die für die Facharztausbildung eine grundlegende Bedeutung besitzen) muss hier die Frage nach dem Facharztstandard gestellt werden, wenn zwar allgemeine, aber inhaltlich doch anspruchsvolle Tätigkeiten der Datenerhebung betroffen sind (Gunnarsson et al. 2003).

In Nordamerika werden daher die Daten häufig von so genannten „non-clinicians" erhoben (Berwick 1991). In der Zusammenschau ist aber zu konstatieren, dass vereinzelt sogar 50 % der Todesfälle und 75 % der Komplikationen nicht angemessen bearbeitet erscheinen (Hutter et al. 2006, Feldman et al. 1997), sobald die Qualität der Datenerhebung näher betrachtet wird. Für den häufig von Qualitätsdiskussionen betroffenen chirurgischen Bereich muss gegenwärtig noch mit Daniel Dindo resümiert werden: *„Quality Assessment in Surgery – Riding a Lame Horse"* (Annals of Surgery 2010, 251: 766-771).

5. Zur Markttransformation des Gesundheitswesens – die Quantifizierung medizinischer Qualität

Wie eingangs geschildert wurden für das Qualitäts- und Risikomanagement formale, rechtliche Voraussetzungen geschaffen (s.o.). Bei kritischer Betrachtung darf aber gefragt werden, ob ein Gesundheits*management* mit primär ökonomisch orientiertem Hintergrund zur klassisch ärztlichen Lebenswelt nahtlos passt:

In seiner geradezu klassischen Kritik an der modernen Medizin umschreibt Ivan Illich die „*verwaltete Instandhaltung des Lebens*", sobald sich jene zu dem Unterfangen verschwören, etwas, das man „*bessere Gesundheit*" nennen könne, als Ware zu produzieren (Illich 1995, S. 28). Können die betriebswirtschaftlich orientierten Handlungsimperative zu patientenorientierten Weltbildern ärztlicher Humanität passen und einen effektiven Patientenschutz ermöglichen, oder behindern die ökonomischen Steuerungsimperative gar die Etablierung eines wirkungsvollen Risikomanagements? Der Tenor dieser angedeuteten Kritik wird auch zu einem großen Teil von der Ärzteschaft geteilt (s.o.). Die Quantifizierung von Qualität mithilfe der vornehmlich praktizierten Verfahren (Datenerhebung, Validität, Reliabilität) wird als problematisch angesehen. Zum Teil werden nicht ohne Spott die – jedenfalls auch ökonomisch motivierten – ständigen Bestrebungen kommentiert, durch Sicherung formaler Wettbewerbsvorteile in Gestalt von immer aktuelleren Zertifizierungen den Kampf um „gute" Patienten (gemeint sind solche, deren Behandlung finanziell lukrativ ist) für sich zu entscheiden. Insoweit gilt häufig der Grundsatz: „*Nach der Zertifizierung ist vor der Zertifizierung*" (Serban-Dan Costa 2014).

In der Tat sind Ärzte nicht immer auf diese ökonomischen Wettbewerbe angemessen vorbereitet. Der erhebliche personelle Aufwand zur Einführung und Pflege sogenannter „qualitätsorientierter SOPs" (Standard Operating Procedures), die für Zertifizierungsverfahren im Rahmen des Qualitätsmanagements essentiell sind, veranschaulicht den primär formalen Charakter der qualitätsorientierten Bemühungen, die nicht selten quer zur so genannten „ärztlichen Kunst" (s.a. Lown B: Die verlorene Kunst des Heilens, Stuttgart 1996) liegen – die medizinische Betreuung orientiert sich grundsätzlich eher am individuellen Patienten als an einem legitimierungsbedürftigen Standard, der den jeweiligen Einzelfällen nicht immer hinreichend Rechnung tragen kann. Provokant darf gefragt werden, ob die sicherlich zu begrüßende Patientenorientierung des modernen Qualitätsmanagements nicht durch formalistische Vorgaben konterkariert wird. Eine gewisse (und immer wieder betonte) Form von Inkommensurabilität (Kuhn 1973) bei grundsätzlich verschiedenen Lebenswelten deutet sich an. Im Jahre 1981 thematisierte Jürgen Habermas (1987) die so genannte „*Kolonialisierung*" und Gegensätzlichkeit der verständigungsorientierten, kommunikativen Lebenswelt, die für ärztliche Tätigkeit und für die Medizin geradezu typisch ist, durch zweckrationale Handlungen, die eigentlich für ökonomische Systeme charakteristisch sind. Unter diesen Bedingungen ließe sich die Frage stellen, in welchem Ausmaß ökonomische Interessen und Orientierungen die Entwicklung des aktuellen Qualitätsmanagements begleiten, bedingen oder gar

dominieren. Es ist daran zu erinnern, dass historisch vor allem Haftpflichtkrisen in den USA schon frühzeitig dazu führten, dass die bereits erwähnten klassischen Elemente des Risiko- und Qualitätsmanagements (Risk-Manager, Incident Reporting Systeme) entwickelt wurden.

In § 106 Abs. 2, 3 SGB V (Fassg. v. 01.01.2017) wird dann auch ausdrücklich eine Überwachung von „Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung" für die Kostenträger benannt. Die hier in § 106a Abs. 2 Nr. 3 SGB V verwendete weite Fassung einer „Legaldefinition von Qualität" (Neelmeier 2014, 104) thematisiert die latente Problematik von normenbegründeter Qualität (Was ist eine gute Behandlung im Sinne klassisch ärztlicher Tätigkeit?: Die Praxis des Arztes ist konkrete Philosophie, Jaspers 1986; s.o.) und ökonomischer Handelsorientierung (Wirtschaftlichkeit und Abrechnungsprüfung). Grundsätzlich wird von kritischer Seite (Neelmeier 2014, S. 105) diese Gegensätzlichkeit als Spannungsfeld zwischen „Kostensparen und Patientensicherheit" beschrieben.

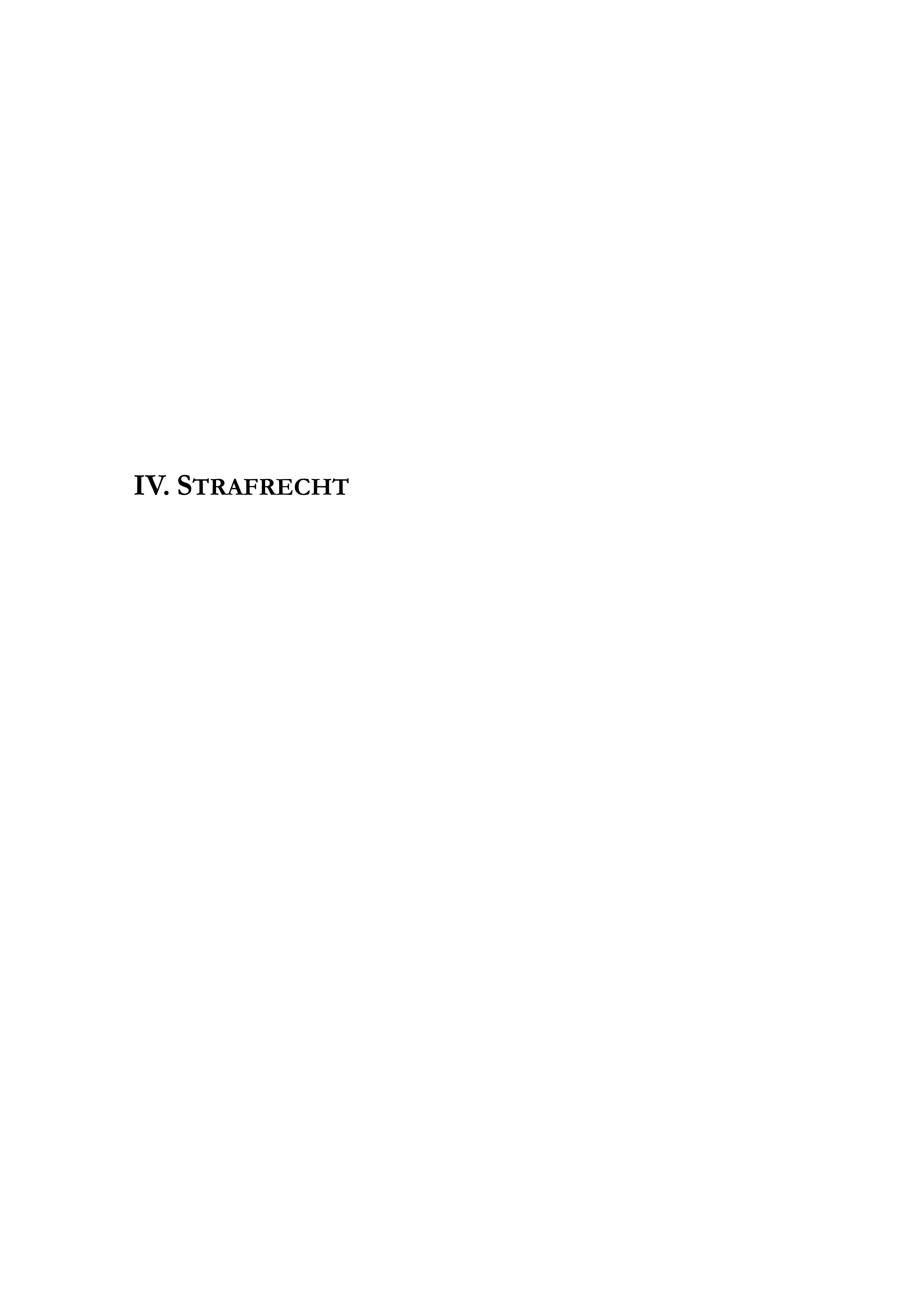
6. Rechtliche Inverantwortungnahme – normative Aspekte im Spannungsverhältnis der Ökonomisierung

Die aktuellen gesundheitspolitischen Bemühungen bewegen sich in diesem Spannungsfeld der Ökonomisierung. Vor allem das Bestreben, den grundlegenden Begriff von Qualität substantiell zu ermitteln, veranschaulicht die Problematik der ungelösten normativen Fragestellungen. Ob diese normativen Fragen und Themen der Richtigkeit und Rechtfertigung medizinischer Maßnahmen (ärztlichen Handelns) im Rahmen des Qualitätsmanagements überhaupt wahrgenommen und befriedigend beantwortet werden können, ist nicht klar. Würden diese inhaltlichen Defizite indes nicht thematisiert, dann könnte Karl Jaspers (1986) bestätigt werden, der für die weitere Entwicklung des modernen Medizinbetriebs ein mögliches Szenario wie folgt beschrieb: „…hat die Steigerung der technischen Voraussetzungen des ärztlichen Könnens *durch die Organisation zur Begleitung die ruinöse Einwirkung auf die Realität der Idee des Arztes*" zur Folge (Jaspers, K.: Der Arzt im technischen Zeitalter, 1986, S. 57).

Die im klinischen Alltag zu beobachtenden Auswirkungen der Ökonomisierung und der begleitenden Digitalisierung beeinflussen aber grundlegend auch die methodische Entwicklung des modernen Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen. Die essentiellen, normativ orientierten Fragen (mit den jeweils nicht eingelösten Rechtfertigungsansprüchen) werden dabei in den Hintergrund gedrängt: Bei einer zunehmend dominanter wirkenden ökonomischen Rationalität einer primär betriebswirtschaftlich orientierten Steuerung der klinischen Lebenswelten werden normative Ansprüche „kleingearbeitet" (Möllers, Ch: Die Möglichkeit der Normen, 2015, S. 432). Die begleitende Entwicklung der Digitalisierung fördert dabei nicht die unter normativen Gesichtspunkten zu führende Diskussion von ärztlichen Handlungsmöglichkeiten und Handlungsalternativen. Der mögliche Gestaltungs-

raum für die unabdingbaren normative Diskurse ärztlichen Handelns werden zunehmend verengt: „Algorithmus schließt Normativität aus“ (Möllers, a.a.O., S. 455). Die aktuelle Entwicklung des Qualitäts-und Risikomanagements benötigt somit die Kooperation mit der Rechtswissenschaft, um die normativen Grundlagen zu kultivieren. Eine rechtswissenschaftliche Betrachtungsweise der normativen Aspekte stellt daher eine professionelle Ergänzung des Qualitätsmanagements dar.

Unter diesen Voraussetzungen kann daher das Qualitäts- und Risikomanagement keine Alternative zur rechtswissenschaftlichen Betrachtungsweise bieten. Ob eine kritische Weiterentwicklung und damit eine sinnvolle, interdisziplinäre Kooperation ermöglicht wird, bleibt abzuwarten.



IV. Strafrecht

Reichweite einer strafrechtlichen Sanktionierung von Organisationsmängeln: Strafrechtliche Risiken der Mitarbeiter

Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer

1. Die wachsende Bedeutung organisatorischer Mängel im Arzthaftungsrecht

Im Mittelpunkt des Arztstrafrechts stand von Anfang an – und steht immer noch – der ärztliche „Behandlungsfehler", der früher sog. „Kunstfehler", heute als Verstoß gegen den zum Zeitpunkt der Behandlung geltenden fachärztlichen *„Standard"* definiert. Zunehmend gewinnen jedoch bei der Krankenbehandlung *Organisationsmängel* nicht nur im zivilen Haftungsrecht, sondern auch im Strafrecht an Gewicht.[1] Denn im Zuge der fortschreitenden Arbeitsteilung in der Medizin, des verstärkten Einsatzes immer komplizierterer technischer Geräte, der Schaffung neuer Strukturen im Gesundheitswesen, des Zwangs zur Rationalisierung und vielfacher gesetzlicher Vorgaben ist eine ständig differenzierter werdende Krankenhausorganisation entstanden, der spezifische Fehlerquellen innewohnen: mangelnde Koordination, unklare oder fehlende Aufgabenabgrenzung, ungenügende Kontrolle und Anleitung, Kompetenzlücken und Qualifikationsmängel, unzulängliche Steuerung der klinischen Abläufe, Defizite in der personellen, räumlichen und apparativen Ausstattung.

Die Mannigfaltigkeit dieser Fehlerquellen und die hohen Anforderungen, die die Gerichte – aus der Sicht ex post – zur Gewährleistung eines reibungslosen Ablaufs

[1] *Kern*, in: Berg/Ulsenheimer, Organisationsverschulden in der Judikatur, 2006, S. 59 ff.

an das „Zusammenwirken von ärztlichem, pflegerischem und medizinisch-technischem Personal“[2] stellen, machen verständlich, dass hier ein weites haftungsträchtiges Gebiet für die Organisationsverantwortlichen eröffnet ist. Das sind in erster Linie der Ärztliche Direktor, die Klinikdirektoren und Leitenden Abteilungsärzte sowie die Pflegedirektion, daneben aber auch die Klinikgeschäftsführer und Klinikvorstände.[3] Denn die Organisationsgewalt geht vom Krankenhausträger aus, der die ärztlich gebotene Behandlung von Patienten unter Ausschluss vermeidbarer Gefahren sicherstellen muss.[4] Deshalb ist er verpflichtet, für genügend Personal, die notwendige sachliche Ausstattung, die Regelung der Leitungskompetenzen, die Erteilung von Dienstanweisungen und für die erforderlichen Kontrollen zu sorgen.

2. Die strafrechtliche Haftung von Mitarbeitern

Die Frage, ob und ggf. inwieweit „Mitarbeiter“, also nachgeordnete Ärzte und Pflegekräfte, strafrechtlich für Organisationsmängel einstehen müssen, erscheint deshalb auf den ersten Blick etwas überraschend. Denn dieser Personenkreis hat mangels Kompetenzzuweisung im Ausgangspunkt keine Organisationspflichten zu erfüllen.

2.1 Ein praktischer Fall (BGH NJW 1984, 655 ff.)

Aber bei näherer Betrachtung ist festzustellen, dass Fehlentscheidungen einzelner Ärzte oder Pflegekräfte bei der Patientenbehandlung gar nicht selten durch Organisationsdefizite im Krankenhaus bedingt sind.[5] Die zu spät vorgenommene Sectio, die ungenügende postoperative Überwachung eines Patienten oder die unterbliebene Kernspintomographie können zwar auf mangelndem Wissen, fehlender Erfahrung oder Unachtsamkeit des jeweils handelnden Arztes beruhen. Aber vielfach ist dessen *individueller* Verstoß gegen den medizinischen Standard eng mit Personalknappheit, mangelnder Operationskapazität oder Mängeln bei der Planung und Gestaltung von Abläufen, also Organisationsdefiziten verwoben,[6] die er zweifellos nicht zu verantworten hat, aber auch nicht einfach quasi als „gottgegeben“ hinnehmen darf.

---

[2] *Kern*, aaO, S. 59; *Steffen*, in: FS Deutsch, 1999, S. 802 ff.

[3] LG Koblenz, NJW 1988, 1521: Der Klinikbetrieb muss „so organisiert sein, dass unmittelbar vor, nach und während der Behandlung eine Gefährdung des Patienten ausgeschlossen ist“; ähnlich OLG Köln VersR 1990, 1240.

[4] *Katzenmeier*, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 7. Aufl. 2015, Kap X, Rn. 45.

[5] *Bock/Ulsenheimer*, Arztstrafrecht in der Praxis, 5. Aufl. 2015, Rn. 177.

[6] *Bock/Ulsenheimer*, a.a.O., Rn. 177; *Bruns*, Arztrecht 2003, 60; *Kudlich/Schulte-Sasse*, NStZ 2011, 241, 244.

Instruktiv ist dazu der folgende, vom BGH in Zivilsachen[7] entschiedene Fall:

Der diensthabende Oberarzt teilte den Assistenzarzt, der sich noch in der Facharztausbildung befand und die anstehende Lymphknotenexstirpation noch nie vorgenommen hatte, für den nächsten Morgen als Operateur ein. Dieser führte den Eingriff ohne Aufsicht aus, wobei er den nervus accessorius rechts verletzte. Die Patientin erlitt dadurch eine Schädigung ihres rechten Arms, den sie nicht mehr über die Horizontale heben kann. Sie macht geltend, der junge Arzt habe den Nerv schuldhaft verletzt und darüber hinaus sei sie auf das Risiko einer Lähmung des rechten Armes nicht hingewiesen worden. Auch habe man ihr verschwiegen, dass der Operateur ein ‚unerfahrener Anfänger' gewesen sei. In Kenntnis dieser Umstände hätte sie keine Einwilligung zur Operation durch ihn gegeben.

Mit ihrer Klage verlangte die Patientin vom *Assistenzarzt* Zahlung eines Schmerzensgeldes und vom *Land* als Träger der Universitätsklinik Ersatz des gegenwärtigen und zukünftigen Schadens, gestützt auf Behandlungs- und Aufklärungsfehler. In den Urteilsgründen wird aber auch zu Organisationsfragen Stellung genommen.

2.2 Reichweite des Vertrauensgrundsatzes im Rahmen vertikaler Arbeitsteilung

Bei der Übertragung der Operation auf einen noch jungen, für die anstehende Operation ohne Aufsicht nicht qualifizierten Arzt handelt es sich um eine falsche organisatorische Entscheidung des für die Einteilung zuständigen Oberarztes. Insofern lag zweifellos ein *Delegationsfehler* vor. Dies bedeutet aber nicht, dass der Assistenzarzt von jeder haftungsrechtlichen Verantwortung frei ist, weil er auf Anordnung eines weisungsberechtigten Facharztes tätig wurde.[8] Zwar gilt im arbeitsteiligen Behandlungsprozess „zum Zwecke einer sinnvollen Begrenzung der Sorgfaltspflichten"[9] der *Vertrauensgrundsatz*. Danach darf sich jeder an der Behandlung des Patienten Beteiligte, gleich in welcher Funktion, darauf verlassen, dass der mitbeteiligte andere seine Verantwortung dem Patienten gegenüber pflichtgemäß wahrnimmt.[10] Der Assistenzarzt kann daher „grundsätzlich darauf vertrauen, dass die für seinen Einsatz und dessen Organisation verantwortlichen Entscheidungsträger seine Fähigkeiten und deren Grenzen kennen".[11] Aber dieser Grundsatz gilt nicht uneingeschränkt, sondern nur, „solange keine offensichtlichen Qualifikationsmängel oder Fehlleistungen erkennbar werden".[12]

---

[7] BGH NJW 1984, 655 ff.

[8] BGH NJW 1984, 655, 657.

[9] *Zwiehoff*, Strafrechtliche Aspekte des Organisationsverschuldens, MedR 2004, 364, 368.

[10] *Ulsenheimer*, Arztstrafrecht in der Praxis, 5. Aufl. 2015, Rn. 203.

[11] BGH MedR 1994, 490, 491.

[12] BGH VersR 1991, 695; OLG Naumburg, MedR 2005, 232, 233.

Im Rahmen der *vertikalen* Arbeitsteilung, die durch das zwischen den Beteiligten bestehende Über- bzw. Unterordnungsverhältnis geprägt ist, bedeutet dies: Aufgrund seiner Einbindung in eine hierarchische Struktur ist der „nachgeordnete ärztliche Dienst", sind also die nachgeordneten ärztlichen Mitarbeiter, einerseits „an die Anweisungen des Leitenden Arztes gebunden" und dürfen auf die Richtigkeit der von ihm „angeordneten Maßnahmen" vertrauen. Andererseits gilt dies nicht mehr, sobald Umstände ersichtlich sind, die die Vertrauensbasis erschüttern und daher die Bindung an Entscheidungen des Vorgesetzten nicht „gerechtfertigt erscheinen lassen".[13]

2.3 Eigenverantwortung des Mitarbeiters bei Übernahmeverschulden

Soweit sich die Mitarbeiter also „im Rahmen dieser Unterordnung bewegen", sind sie primär deliktsrechtlich geschützt,[14] doch schließt dies nicht jede Eigenverantwortung aus. „Der nachgeordnete Arzt haftet" nämlich „bei einem allein von ihm zu verantwortenden Verhalten", etwa „wenn er durch voreiliges Handeln" gegen eine ihm erteilte Anweisung der ärztlichen Leitung verstößt, „pflichtwidrig eine gebotene Remonstration unterlässt oder ihm ein Übernahmeverschulden vorgehalten werden kann".[15]

Dessen Bejahung hängt davon ab, ob der Mitarbeiter „nach den bei ihm vorauszusetzenden Kenntnissen und Erfahrungen Bedenken gegen die Übernahme der Verantwortung für die Behandlung hätte haben und eine Gefährdung des Patienten hätte voraussehen müssen".[16] Denn die im Zivil- und Strafrecht anerkannte Rechtsfigur des Übernahmeverschuldens beruht „auf der besonderen Schutzpflicht des Arztes für das ihm anvertraute Rechtsgut, die Unversehrtheit der Gesundheit seiner Patienten".[17]

2.4 Zumutbare Reaktionen des Mitarbeiters im Ausgangsfall

Bezogen auf den eingangs geschilderten Fall der Lymphknotenexstirpation durch einen überforderten, weil ohne die nötige Qualifikation eingesetzten Assistenzarzt folgt daraus nach Ansicht des BGH:

„Erkennt er oder hätte er erkennen müssen, dass der Patient bei der von ihm eigenverantwortlich durchgeführten Operation einem höheren Gesundheitsrisiko ausgesetzt ist, darf er nicht gegen sein ärztliches Wissen und gegen seine bessere Überzeugung handeln und die Anweisungen des übergeordneten Facharztes befolgen. Ihm ist zuzumuten, dagegen seine Bedenken zu äußern und notfalls eine

[13] BGH MedR 1994, 490, 491; OLG Brandenburg, VersR 2010, 1601, 1602.

[14] BGH, aaO, S. 491.

[15] OLG Brandenburg, aaO, 1601, 1602.

[16] BGH, aaO, S. 491.

[17] BGH, NJW 2010, 2595, 2598.

Operation ohne Aufsicht abzulehnen. Er mag ferner, wenn es nicht anders geht, den Patienten über die Sachlage informieren, um diesem Gelegenheit zu geben, seine Einwilligung zu dem Eingriff zu verweigern. Das muss auch dann gelten, wenn er, was sicher nicht fern liegt, sich dadurch möglicherweise Schwierigkeiten für sein Fortkommen aussetzen sollte. Gegenüber einem solchen Konflikt des Assistenzarztes wiegt die Sorge um die Gesundheit und das Leben des Patienten stets schwerer. Erst recht kann ein verständlicher Drang des Anfängers, die Chance zur Erprobung seiner Fähigkeiten in einer Operation ohne Aufsicht zu ergreifen, das Übernahmeverschulden nicht ausschließen".[18]

3. Vorrang der Schutzpflichten gegenüber dem Patienten

Mit deutlichen Worten macht der BGH hier klar, dass Organisationsfehler der Entscheidungsträger auch auf die Pflichten der Mitarbeiter durchschlagen können und im Rahmen der Zumutbarkeit Reaktionen und Remonstrationen zum Schutz der Patienten auslösen müssen.

3.1 Erkennenkönnen und -müssen einer Remonstrationspflicht

Wer also seine Überforderung oder Übermüdung, wer Gerätedefekte wegen mangelnder Wartung, fehlende Medikamente oder unzureichende postoperative Überwachung der Patienten – also meist typische Organisationsmängel im Krankenhaus – erkennt bzw. hätte erkennen müssen, aber nichts dagegen unternimmt, um Abhilfe zu schaffen, kann trotz fehlender Organisationsverantwortung bei Eintritt einer Schädigung des Patienten unter dem Aspekt der fahrlässigen Körperverletzung und fahrlässigen Tötung zivil- und strafrechtlichen Risiken ausgesetzt sein. An das „Erkennenmüssen" einer Reaktionspflicht sind allerdings bei den Mitarbeitern „wegen der überlegenen Fachkompetenz" des Entscheidungsträgers strenge Anforderungen zu stellen,[19] d.h. der Vertrauensgrundsatz bildet eine gewisse Barriere gegen eine vorschnelle, allzu selbstverständliche Begründung einer Remonstrationspflicht von Personen, die nicht der Leitungsebene angehören.

3.2 Nachweis des Pflichtwidrigkeitszusammenhangs

Darüber hinaus bedeutet nicht jede Verletzung einer solchen Pflicht Strafbarkeit. Denn im Strafprozess setzt die Erfüllung eines fahrlässigen Erfolgsdelikts den Nachweis der *Kausalität* voraus, d.h. – bezogen auf unseren Ausgangsfall – die Prüfung der Frage, ob bei Äußerung von Bedenken, Ablehnung der Operation ohne Aufsicht oder Information der Patientin deren Schädigung „mit an Sicherheit grenzender

[18] BGH NJW 1984, 655, 657.
[19] *Zwiehoff*, MedR 2004, 364, 370.

Wahrscheinlichkeit" vermieden worden wäre. Hinsichtlich der Geltendmachung von „Bedenken" lässt sich diese Gewissheit sicherlich *nicht* gewinnen. Denn niemand weiß, wie der Oberarzt reagiert, ob er den Assistenzarzt von seiner Aufgabe entbunden, ihm eine Aufsicht zur Seite gestellt oder ihn gar zu seinem „Erstlingswerk" ermutigt hätte. Hätte dagegen der Assistenzarzt die Operationsdurchführung abgelehnt oder die Patientin nach Information über seine fehlende Qualifikation ihre Einwilligung zurückgezogen, wäre ihre Verletzung unter Ausschluss vernünftiger Zweifel, also „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit" unterblieben.

3.3 Zumutbarkeit der Pflichterfüllung in objektiver und subjektiver Hinsicht

Im Rahmen der bestehenden Handlungsoptionen ist schließlich ein weiterer strafbarkeitseinschränkender Aspekt zu berücksichtigen: die Frage der Zumutbarkeit der Pflichtenwahrnehmung, d.h. die Frage, was „billigerweise" von einem in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis stehenden Mitarbeiter „erwartet werden kann, um Gefahren zu begegnen".[20] Das Prinzip der Zumutbarkeit, dessen strittiger systematischer Standort im Deliktsaufbau der Fahrlässigkeitstat hier nicht behandelt werden kann, soll jedenfalls *objektiv* wie *subjektiv* die Sorgfaltspflicht begrenzen[21] und hat insoweit eine „doppelte Funktion".[22] Zumutbarkeitserwägungen können schon die den Mitarbeiter persönlich treffende Sorgfaltspflicht einschränken, indem man mehr oder etwas anderes, als er getan hat, von ihm billigerweise nicht fordern durfte. In seiner zweiten Bedeutung wirkt der Zumutbarkeitsgedanke auf der *Schuldebene,* wenn das „Unterlassen des unsorgfältigen Tuns mit Rücksicht auf sonst eintretende eigene Nachteile" nicht vorwerfbar war. Je unerheblicher diese sind und je wahrscheinlicher die Schädigung des Patienten, umso eher muss der Mitarbeiter gegen Organisationsmängel einschreiten. Umgekehrt: Je schwerwiegender die eigenen Nachteile und je unwahrscheinlicher ein Schaden beim Patienten, umso weniger sind Aktivitäten des Mitarbeiters gefordert.

3.4 Drei Prüfungsebenen

Insofern muss bezüglich des strafrechtlichen Risikos von Mitarbeitern wegen organisatorischer Mängel stets dreierlei geprüft werden:

(1) welche Gefährdungssituation für den Patienten bestand und erkennbar war;

(2) welche Maßnahme zu deren Beseitigung geboten, dem Mitarbeiter möglich und zuzumuten war;

(3) ob die Vornahme dieser Maßnahme den strafrechtlichen Erfolg mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit abgewendet hätte.

---

[20] *Sternberg-Lieben*, in: Schönke/Schröder, StGB, 29. Aufl. 2014, § 15 Rn. 204.

[21] *Sternberg-Lieben*, in: Schönke/Schröder, aaO, § 15 Rn. 204.

[22] *Lenckner/Sternberg-Lieben*, in: Schönke/Schröder, aaO, vor § 32 Rn. 126.

3.5 Mitarbeiterpflichten in konkreten Fallgestaltungen

Was der Mitarbeiter im konkreten Fall tun muss, welchen Vorgesetzten er auf welche Weise und wie oft über erkannte bzw. erkennbare Organisationsmängel zu informieren hat, hängt von den insoweit einschlägigen Regelungen des Krankenhausträgers oder, wenn solche fehlen, im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten von einer Güter- und Interessenabwägung ab: vom Gewicht der ihm selbst drohenden Nachteile einerseits und von der Art, Nähe und Größe der Gefahr für den Patienten andererseits. Dazu ein praktisches Beispiel:

Vor einigen Jahren ordnete die Geschäftsführung eines großen deutschen Klinikkonzerns an, dass Pflegekräfte, die im Rahmen einer einjährigen konzerninternen Schulung zum MAfA (d.h.: Medizinischer Assistent für Anästhesiologie) weitergebildet wurden, in beträchtlichem Umfang eigenständig anästhesiologische Aufgaben während einer Operation wahrnehmen sollten.[23] Im Zuge der Umsetzung dieses organisatorischen Konzepts kam es in einem Klinikum zu einer gravierenden anästhesiologischen Komplikation mit Herzstillstand bei einem 19-jährigen Patienten.[24] Dieser konnte erst nach 15 Minuten reanimiert werden, lag danach noch drei Monate im künstlichen Koma und ist nun schwerstbehindert.

Nach Presseberichten wurden Ermittlungsverfahren gegen alle Beteiligten – den Chefarzt, den zuständigen Anästhesie-Oberarzt, den vor Ort tätigen Anästhesisten und gegen die Anästhesiepflegekraft – wegen fahrlässiger Körperverletzung eingeleitet. Der Ausgang war glimpflich: Die Verfahren wurden mit Ausnahme desjenigen gegen den Oberarzt eingestellt.[25]

Im Zuge dieser MAfA-Organisation stellte sich die Frage, was ein nachgeordneter Anästhesist tun muss oder darf, um nicht in eine gleichartige Situation mit dem doch nicht unerheblichen strafrechtlichen Risiko zu gelangen.

a) Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung und der anästhesiologischen Wissenschaft sind sog. *Parallelnarkosen* im Routinebetrieb wegen der erheblichen Gefährdung der Patienten unzulässig und nur als Notlösung in Ausnahmefällen tragbar. Der zur Diensteinteilung berufene Chef- bzw. Oberarzt, der dennoch eine solche Organisationsform als Regel einführt oder toleriert, setzt sich daher dem Vorwurf des Organisationsverschuldens aus. Der zwei oder mehrere Narkosen von Berufsanfängern oder Pflegekräften überwachende Anästhesist kann die daraus resultierende Gefährdung der Patienten erkennen und muss deshalb alles in seiner Macht Stehende tun, um Schaden von den ihm anvertrauten Patienten abzuwenden. Was aber kann bzw. darf man von einem ärztlichen Mitarbeiter billigerweise verlangen, damit Organisationsmängel der Abteilung oder Klinik nicht zu einem persönlichen Strafbarkeitsrisiko führen? Was muss der

[23] Siehe dazu *Spickhoff/Seibl*, MedR 2008, 463; *Ulsenheimer*, Arztstrafrecht in der Praxis, Rn. 298.

[24] Zum Fall siehe *Ellbogen*, Strafrechtliche Folgen der Delegation ärztlicher Aufgaben, ArztR 2008, 312.

[25] Gegen den Anästhesie-Oberarzt erging ein Strafbefehl von 90 Tagessätzen unter Verwarnung mit Strafvorbehalt gem. § 59 StGB.

einzelne Untergebene tun, um bei Organisationsmängeln sein persönliches Strafbarkeitsrisiko auszuschalten?

b) M.E. muss der Mitarbeiter als erstes die Rechtslage klären (lassen), um sicher zu gehen. Denn nicht medizinische Ideal-Standards geben bei der Beurteilung der zumutbaren Sorgfalt den Ausschlag, sondern maßgebend ist der unter den jeweiligen Gegebenheiten und finanziellen Möglichkeiten erreichbare Standard der Krankenbehandlung, solange die durch das *erlaubte Risiko* markierte Untergrenze eingehalten wird.[26] Im nächsten Schritt müsste der Mitarbeiter seinen Vorgesetzten (Oberarzt/Chefarzt) unter Hinweis auf die Gefährdung der Patienten durch die Parallelnarkose nachdrücklich und ggf. wiederholt um Abhilfe bitten und schließlich, wenn dies alles nichts nützt, die übergeordnete Geschäftsleitung unter Darlegung der Unzulässigkeit der regelhaft praktizierten Parallelnarkose einschalten. Erst wenn alle diese Maßnahmen, die in einer Stufenfolge stehen, keinen Erfolg haben, käme für den einzelnen Mitarbeiter als *ultima ratio* dessen Weigerung in Betracht, wegen der erkannten Organisationsmängel weiterhin wie bisher Parallelnarkosen durchzuführen. Dies könnte zu arbeitsrechtlichen Konsequenzen des Klinikträgers – einer Abmahnung bis hin zur Kündigung – führen, und, wenn mehrere oder gar viele Mitarbeiter dem Beispiel folgen, den Klinikbetrieb bzw. die Abteilung lahmlegen. Das sind weitreichende Konsequenzen für alle Betroffenen.

c) Damit kommt der Aspekt der *Zumutbarkeit* ins Spiel, die eine objektive Gesamtabwägung der konkreten Umstände des Einzelfalles, der eigenen schutzwürdigen Interessen des Mitarbeiters und der Schutz- und Sicherheitsbelange des Patienten notwendig macht. Ist dessen Gefährdung nicht mehr eine nur abstrakt-theoretische, sondern hat sie sich schon in einem folgenschweren, beinahe tödlichen Zwischenfall manifestiert und ist die Rechtslage eindeutig, darf – und *muss* m.E. – die *Remonstration* des Mitarbeiters bis zur möglichen Stilllegung des Klinikbetriebs gehen. Denn wie die Rechtsprechung oftmals betont hat, haben Schutz und Sicherheit des Patienten Vorrang vor allen anderen Aspekten.[27]
Wäre dagegen noch *kein* Schaden eingetreten und nur eine mögliche, eher fernliegende Gefahr für die Patienten gegeben, wäre die „Arbeitsverweigerung" des Mitarbeiters vielleicht zu weitgehend, das Risiko, eigene arbeitsrechtliche Nachteile zu erleiden, zu groß und daher von ihm unter Zumutbarkeitsaspekten auch nicht zu verlangen. Denn er ist, wie auch der BGH anmerkt, „sicherlich das schwächste Glied in der Kette der Verantwortlichen"[28] und deshalb dürfen die Anforderungen an seine Pflicht, Abhilfe gegen Organisationsmängel zu schaffen, nicht zu hoch bemessen werden. Im konkreten Fall löste sich das Problem

[26] *Ulsenheimer*, FS Kohlmann 2003, 319, 329 ff; *Ulsenheimer*, Arztstrafrecht in der Praxis, aaO, Rn. 59.
[27] BGH NJW 1999, 1779, 1781; *Ulsenheimer*, Arztstrafrecht in der Praxis, aaO, Rn. 106.
[28] BGH NJW 1985, 655, 657.

dadurch, dass die Konzernleitung aufgrund der massiven Kritik von allen Seiten das MAFA-Konzept aufgab.

d) Im Alltagsbetrieb eines Krankenhauses stellen sich diese Konfliktlagen für Mitarbeiter zuhauf. Um nur zwei weitere Beispiele zu nennen:
(a) Die *Delegation* intravenöser Injektionen auf Assistenzpersonal ist nur in Ausnahmefällen bei entsprechender Erfahrung und nach spezieller ärztlicher Anleitung zulässig. Darf oder muss eine Pflegekraft, bei der diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, die ihr erteilte Anordnung befolgen oder aber zurückweisen und, wenn ja, wie muss sie dabei vorgehen? M.E. ist die Antwort eindeutig: Die Pflegekraft muss die Anordnung ablehnen, d.h. die Ausführung verweigern und die Gründe dafür ihren Vorgesetzten mitteilen.
(b) Ein anderes Beispiel ist der *fachübergreifende Bereitschaftsdienst*, bei dem etwa einem Internisten – so der Sachverhalt im Augsburger Fall[29] – die Betreuung der chirurgischen Station ab 18.00 Uhr übertragen wird. Die Gründe für derartige Organisationsstrukturen liegen meist in finanziellen Erwägungen, sind aber aus rechtlicher Sicht problematisch und im Bereich der Anästhesie- und Geburtshilfe unzulässig.[30] Im Übrigen müssen sich die diensthabenden fachfremden Ärzte einer speziellen Fortbildung vor Übernahme eines fachübergreifenden Dienstes unterziehen, z.B. muss der Internist, der für einen chirurgischen Bereitschaftsdienst eingeteilt ist, vorher an Reanimationskursen teilgenommen, Intubieren geübt haben und in der Notfallversorgung von Patienten geschult worden sein.
Solange diese Voraussetzungen nicht gegeben sind, muss der zum Dienst eingeteilte fachfremde Arzt (Internist) auf diesen Umstand hinweisen und damit Bedenken gegen seine Qualifikation und die praktizierte mangelhafte Organisation vortragen. Äußerstenfalls muss er die Übernahme des Nachtdienstes ablehnen und dadurch Krankenhaus- bzw. Abteilungsleitung zwingen, den nächtlichen Bereitschaftsdienst fachspezifisch zu organisieren, bis fachfremde Mitarbeiter die erforderlichen Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen.
Denn wie sich derartige Strukturmängel auswirken können, zeigt der vom LG Augsburg entschiedene Fall: Infolge der vom fachfremden Assistenzarzt nicht erkannten Notfallsituation der Patientin erlitt diese einen hypoxischen Hirnschaden, für den sich der Chefarzt der Chirurgischen Abteilung und der internistische Assistenzarzt vor der großen Strafkammer strafrechtlich verantworten mussten: Der Chefarzt erhielt eine Geldstrafe von 60 Tagessätzen, gegen den Assistenzarzt der Inneren Abteilung wurde das Verfahren gegen eine Geldauflage nach § 153a Abs. 1 StPO eingestellt. Auch hier wird also ein erhebliches Strafbarkeitsrisiko des Mitarbeiters durch von ihm nicht zu verantwortende Organisationsfehler der Leitungsebene sichtbar.

---

[29] Urteil vom 30.9.2004, Az. 3 KLs 400 Js 109903/01, ArztR 2005, 205 ff.; dazu *Bock*, Fachübergreifender Bereitschaftsdienst, Der Internist, 2006, 118 ff.; *Ulsenheimer*, Der Chirurg, BDC 2005, 126 ff.; *Boemke*, Facharztstandard bei fachübergreifendem Bereitschaftsdienst, NJW 2010, 1562.

[30] *Ulsenheimer*, Arztstrafrecht in der Praxis, aaO, Rn. 255.

4. Maßnahmen der Qualitätssicherung: Risk-Management und Fehlermeldesysteme

Im Zusammenhang mit Hinweis- und Remonstrationspflichten der Mitarbeiter verdienen die gem. §§ 135 ff. SGB V gesetzlich geforderten und an den meisten – jedenfalls vielen –- Krankenhäusern inzwischen auch eingeführten Maßnahmen zur Qualitätssicherung, insbesondere das klinische Risk-Management und Fehlermeldesysteme (wie z.B. das sog. CIRS) Beachtung. Deren Ziel ist gem. § 4 Teil A Seite 7 der Qualitätsmanagement-Richtlinie des GBA vom 16.11.2016,[31] das „Erkennen und Nutzen von Fehlern und unerwünschten Ereignissen“ in Gesundheitseinrichtungen zum Zwecke der „Prävention von Fehlern und Schäden durch Lernen aus kritischen Ereignissen“. Dazu gehören sicherlich die Organisationsmängel als risikoerhöhende Umstände, die latente Gefahren für die Gesundheit der Patienten und damit auch mögliche Strafbar¬keitsrisiken für die Mitarbeiter bedeuten. Aber solange diese Organisationsdefizite noch nicht in einem konkreten Schadensereignis ihren Niederschlag gefunden haben, solange also der Fehlermeldung keine Schädigung eines Patienten zugrun¬de liegt, stellen sie kein zivil- und/oder strafrechtliches Haftungsproblem dar. Die Fehlermeldesysteme dienen nicht der Klärung von Schuld- und Haftungsfragen, sondern der „Analyse von kritischen und unerwünschten Ereignissen, aufgetretenen Schäden“ sowie „der Ableitung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen“. Nur deshalb lässt sich auch die Maßgabe aufrecht erhalten, dass die Fehlermeldungen „freiwillig, anonym und sanktionsfrei“[32] erfolgen soll. Ergeben allerdings Informationen aus anderen Quellen erhebliche und wiederholte Fehler eines Mitarbeiters, muss es dem Krankenhaus möglich sein, dieses Fehlverhalten arbeitsrechtlich zu sanktionieren.

Unhaltbar ist die Zusage von Anonymität und Sanktionsfreiheit darüber hinaus bei Eintritt eines *Schadens*. Denn wenn im konkreten Fall ein Patient geschädigt wurde und damit ein strafrechtlicher Erfolg eingetreten ist, kann ein Anfangsverdacht im Sinne des § 152 Abs. 2 StPO bestehen, der die Staatsanwaltschaft zum Einschreiten verpflichtet, wenn sie – auf welche Weise auch immer – von dieser möglichen Straftat erfährt. Die Freistellung von strafrechtlichen Ermittlungen mit Durchsuchung, Beschlagnahme und Zeugeneinvernahmen kann der Krankenhausträger dann nicht mehr garantieren. Offenheit und Bereitschaft zur vollständigen Aufklärung des Sachverhalts weichen unter der Prämisse möglicher *strafrechtlicher* Verfolgung dann in der Praxis dem Recht auf Schweigen, also sich nicht selbst belasten zu müssen.[33] Das allgemeine Interesse an der Ausschaltung von Fehlerursachen für die Zukunft gerät hier mit dem verfassungsrechtlich verbürgten Freiheitsrecht des Einzelnen in Konflikt, nicht aussagen und sich nicht selbst beschuldigen zu müssen. Über dieses elementare Recht entscheidet der Einzelne, ohne dass ihm

[31] veröffentlicht in BAnzAT vom 15.11.2016 B2

[32] GBA-Richtlinie vom 16.11.2016, S. 7 Teil A, Stichwort „Fehlermeldesysteme“

[33] *Geppert*, DAR 1991, 305.

dabei der Krankenhausträger durch Zusicherung von Vertraulichkeit und Sanktionsfreiheit seine Entscheidung leichter machen könnte. Die Fehlermeldesysteme greifen daher nicht, wenn ein konkretes strafrechtliches Risiko des Mitarbeiters besteht.

In der neuesten Fassung des § 135a Abs. 3 S. 2 SGB V wird dies auch vom Gesetzgeber anerkannt und ausdrücklich klargestellt, dass die Nutzung der Meldungen und Daten „zur Verfolgung einer Straftat“ zulässig ist, wenn diese „im Höchstmaß mit mehr als fünf Jahren Freiheitsstrafe bedroht ist, im Einzelfall besonders schwer wiegt“ und „die Erforschung des Sachverhalts oder die Ermittlung des Aufenthaltsorts des Beschuldigten auf andere Weise aussichtslos oder wesentlich erschwert wäre“. Praktisch bedeutet dies, dass ein Mitarbeiter, der einen Fehler im Rahmen des vom Krankenhaus eingerichteten Risikomanagement- oder Fehlermeldesystems offenbart, in dadurch ausgelöste strafrechtliche Ermittlungen verstrickt werden kann. Zwar setzen die angesprochenen qualifizierten Körperverletzungstatbestände (§§ 224, 226, 227 StGB) *Vorsatz* voraus, aber die Abgrenzung zwischen bedingtem Vorsatz und bewusster Fahrlässigkeit ist bekanntlich in der Praxis oftmals eine Gratwanderung, deren Ausgang nicht von vornherein vorhersehbar ist, und Ermittlungen der Staatsanwaltschaft sind jedenfalls schon als solche belastend.

5. Fehleroffenbarungspflicht gegenüber Patienten

Während in den Fehlermeldesystemen die Mitteilungspflicht gegenüber dem *Krankenhausträger* besteht, hat § 630c Abs. 2 BGB eine Fehleroffenbarungspflicht gegenüber dem *Patienten* etabliert. Diesem gegenüber sind nach jener Vorschrift alle wesentlichen Umstände der Behandlung „auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren“ offen zu legen. Die Reichweite dieser Bestimmung ist unklar. Zum einen spricht das Gesetz nur vom „Behandlungsfehler“, so dass fraglich ist, ob diese Regelung auch für „Organisationsfehler“ gilt.[34] Zum anderen bleibt offen, ob nur Fallgestaltungen ohne Schadenseintritt gemeint sind. Bejaht man dies, jedenfalls für die Fälle, in denen ein Organisationsmangel beim Mitarbeiter zu einem Behandlungsfehler führt, kommt m.E. eine Informationspflicht nur insoweit in Betracht, dass der Patient *vor* Behandlungsbeginn über den Organisationsfehler und die daraus sich für ihn ergebende Gefährdung (z.B. die Einteilung eines nicht qualifizierten Arztes zur selbständigen Operation) unterrichtet werden muss. Ist dies geschehen, verfügt der Patient über das nötige Wissen, die Gefahrensituation auszuschalten. Ist die Information des Patienten *vor* Behandlungsbeginn dagegen unterblieben, besteht angesichts der Selbstbelastungsfreiheit nur bei Gefahr von Weiterungen des eingetretenen Gesundheitsschadens die – aus der Pflicht zur therapeutischen Aufklärung sich ergebende – Verpflichtung, zu deren Abwendung alles Nötige zu veranlassen, wiederum eingeschränkt allerdings durch den Aspekt der Zumutbarkeit.

[34] *Spickhoff*, VersR 2013, 267, 272.

6. Zusammenfassung: Strafrechtliche Risiken der Mitarbeiter bei organisatorischen Mängeln

Abschließend und zusammenfassend ist also festzustellen: Strafrechtliche Risiken bestehen bei Organisationsmängeln im Krankenhaus auch für nachgeordnete Mitarbeiter, wenn sie diese Mängel kannten oder hätten erkennen können und über zumutbare Mittel verfügen, um den Patienten vor Schaden zu bewahren, dies aber unterlassen. Die Kausalitätsprüfung wird allerdings oftmals ergeben, dass die von dem beschuldigten Mitarbeiter erwartete Maßnahme (v.a. Remonstration) nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit den Erfolg (Tod oder Körperverletzung) verhindert hätte und deshalb die Strafbarkeit letztlich entfällt.[35] Es bleiben jedoch zweifellos Fälle, in denen das strafrechtliche Risiko des Mitarbeiters in ein strafbares Verhalten mündet und geahndet wird.

Ein anschauliches Beispiel hierfür bietet die Entscheidung des BGH, MedR 2000, 529 ff.: In diesem Fall ging es um Organisationsmängel bei der Herstellung von Blutkonserven, die unter Verletzung von Sterilitätsgrundsätzen erfolgte. Dadurch kamen sechs Patienten, die diese Konserven transfundiert erhielten, zu Tode. In der Sache stand im Mittelpunkt die Frage, ob die Mitarbeiterin eine schriftliche Eingabe an übergeordnete Stellen bezüglich der unsachgemäßen Produkteherstellung hätte machen müssen und dadurch die Transfusionszwischenfälle hätte verhindern können. Der BGH führte dazu aus:

„Bei einer Anzeige an eine höhere Behörde wäre zu erwarten gewesen, dass diese sich mit dem Institutsleiter in Verbindung setzt, um dessen Auffassung zu erfahren und ggf. bei der zu treffenden Entscheidung zu berücksichtigen. Dann hätten sich zwei divergierende Auffassungen gegenübergestanden, wobei die fachliche Autorität des Institutsleiters höher einzustufen gewesen wäre." Ob die höhere Behörde unter diesen Umständen dazu gelangt wäre, die Methode zu verbieten, sei schon deshalb zweifelhaft. Hinzu komme außerdem noch, dass nach den Feststellungen des Tatgerichts die „übergeordneten Stellen üblicherweise bei ihren Entscheidungen die angespannte Haushaltslage berücksichtigt hätten" und es daher „an der gebotenen personellen und sachlichen Ausstattung der Blutbank hätten fehlen lassen".

Nach Ansicht des BGH hätte somit eine Remonstration der Mitarbeiterin des Institutsleiters bei übergeordneten Instanzen „nicht mit der erforderlichen Sicherheit dazu geführt, dass der Erfolg verhindert worden wäre". Abgesehen davon ist in derartigen Fällen auch die Garantenstellung des Mitarbeiters nicht selbstverständlich, sondern exakt zu prüfen und wurde vom BGH im konkreten Fall verneint.

Aus alledem folgt, dass der *Strafbarkeit* des einzelnen Mitarbeiters bei organisatorischen Mängeln im Krankenhaus im Rahmen des Erkennenkönnens, der Kausalitäts- und Zumutbarkeitsprüfung eigener Maßnahmen enge Grenzen gesetzt sind.[36] „Den Letzten beißen die Hunde" daher nur selten!

[35] Siehe dazu BGH MedR 2000, 529 ff.

[36] *Zwiehoff*, MedR 2004, S. 372.

Reichweite einer strafrechtlichen Sanktionierung von Organisationsmängeln: Strafrechtliche Risiken der Leitungsebene

*Prof. Dr. Hans Kudlich und Wiss. Mit. Jennifer Koch**

Die allgemeine Strafrechtsdogmatik – und hier insbesondere die Fahrlässigkeitsdelikte mit der dort anerkannten Figur der Nebentäterschaft – lässt im Grundsatz ohne weiteres zu, neben den „patientennahen Behandlern" auch die „patientenfernen Entscheider" zur Verantwortung zu ziehen. Der Einsatz des Strafrechts in diesem Bereich mag sogar – unter generalpräventiven Gesichtspunkten sowie aus Compliance-Gründen – eine noch effektivere Prävention ermöglichen, da fehlerhafte Strukturen leichter berichtigt werden können als Augenblicksversagen verhindert werden kann. Freilich wachsen mit zunehmendem Abstand vom Patienten auch die materiell-rechtlichen Zurechnungsprobleme ebenso wie die prozessualen Nachweisschwierigkeiten.

1. Einführung

Am 12.08.2003 kam es in den frühen Morgenstunden zwischen dem Autobahnkreuz Fürth/Erlangen und der Anschlussstelle Erlangen-Tennenlohe zu einem folgenschweren Unfall durch einen Lastzug, dessen Fahrer bei einer Geschwindigkeit von circa 90 km/h eingeschlafen war und deshalb zwei auf der Standspur eine

---

* Der Beitrag beruht auf einem Vortrag, den der Verfasser *Kudlich* am 08.07.2016 in Göttingen auf der Tagung zum Thema „Das moderne Krankenhaus: als Ort der ‚desorganisiertenr Kriminalität'?" mit wertvoller Unterstützung durch die Verfasserin *Koch* gehalten hat. Das nach dem Vortrag entstandene Manuskript bildet den Vortragsstil teilweise ab. Manuskriptstand ist grundsätzlich Oktober 2016; teilweise konnten jedoch noch Aktualisierungen nachgetragen werden.

Reifenpanne behebende Verkehrsteilnehmer überfuhr. Der Bezug zu unserem Thema besteht nun (selbstverständlich!) nicht etwa darin, dass es in der Universitätsklinik Erlangen bei der Behandlung der Unfallopfer zu organisationsmangelbedingten Fehlern gekommen wäre, sondern in den Ausführungen des Landgerichts Nürnberg-Fürth, das nicht nur bei dem Fahrer (der zum Unfallzeitpunkt seit über 30 Stunden ohne nennenswerte Pause unterwegs war), sondern auch bei den beiden Gesellschafter-Geschäftsführern des Frachtunternehmens eine strafrechtliche Verantwortung annahm[1]: „Ein Speditionsunternehmer, der seinen Betrieb so organisiert, dass die angestellten Fahrer regelmäßig die zulässigen Lenkzeiten überschreiten und deshalb fahruntüchtig am Straßenverkehr teilnehmen, setzt allein dadurch eine wesentliche Ursache für den Tod Dritter, wenn einer seiner Fahrer übermüdet einen Verkehrsunfall mit tödlichem Ausgang verschuldet. Die tödliche Folge des Unfalls liegt in diesem Fall im Rahmen der möglichen Wirkungen der pflichtwidrigen Handlung und bewegt sich im überschaubaren Gefahrenkorridor des durch die Organisation des verkehrsgefährlichen Systems geschaffenen Ausgangsrisikos. Bei wertender Betrachtungsweise liegt der Schwerpunkt der strafrechtlichen Vorwerfbarkeit in der Organisation des rechtswidrigen Systems. Das daneben bestehende – ebenfalls pflichtwidrige – Unterlassungsverschulden, nämlich das dem Angeklagten mögliche Unterlassen des Hinderns der Weiterfahrt offensichtlich erschöpfter Fahrer, tritt demgegenüber zurück.“[2]

Übertragen auf den hier interessierenden medizinischen Kontext würde sich die vergleichbare Frage nach der strafrechtlichen Verantwortlichkeit der Leitungsebene etwa stellen, wenn ein Assistenzarzt nach einem bereits absolvierten 14-stündigen Arbeitstag auf Anweisung der Geschäftsführung wiederholt, trotz offensichtlicher und erheblicher Ermüdung, eine Operation durchführen soll und ihm bei dieser aufgrund der Erschöpfung ein derart gravierender Fehler unterläuft, dass der Patient letztlich verstirbt oder jedenfalls eine Patientenschädigung eintritt. Plakativ gefragt: Besteht die Möglichkeit einer Konstellation des „Täters hinter dem Täter“ in deutschen Krankenhäusern?[3] Mit dieser hier bewusst metaphorisch und dogmatisch unscharf verwendeten Beschreibung sollen Fälle in den Blick genommen werden, in denen der (unmittelbare) Täter das Opfer zwar verletzt, jedoch der „Täter hinter dem Täter“ diese Verletzung gerade ermöglicht oder gar provoziert und daraus eine (regelmäßig Fahrlässigkeits-)Strafbarkeit resultieren könnte. Damit befinden wir uns mit den (insbesondere fahrlässigen) Tötungs- und Körperverletzungsdelikten in der Kernmaterie des Arztstrafrechts.[4]

Eine Sichtung der bisherigen Rechtsprechung zeigt, dass sich bis dato regelmäßig das ärztliche Personal oder das Pflegepersonal (und somit die patientennahen Behandler) auf der Anklagebank wiederfinden, regelmäßig jedoch nicht die

[1] LG Nürnberg-Fürth v. 08.02.2006 – 2 Ns 915 Js 144710/2003, NJW 2006, 1824.
[2] LG Nürnberg-Fürth v. 08.02.2006 – 2 Ns 915 Js 144710/2003, NJW 2006, 1824.
[3] *Kudlich/Schulte-Sasse*, NStZ 2011, 241.
[4] *Kudlich/Schulte-Sasse*, NStZ 2011, 241.

Mitglieder des (gehobenen) Verwaltungspersonals (z.B. kaufmännische Leiter, Geschäftsführer der Kliniken oder Personen in einer vergleichbaren Stellung).[5] An diesem Punkt ist deshalb zu fragen, ob nicht gerade auch diese Personen strafrechtlich belangt werden könn(t)en; ihre Straffreiheit stellt keine Selbstverständlichkeit dar. Vielmehr würde eine Strafbarkeit wegen eines Fahrlässigkeitsdelikts in Nebentäterschaft[6] durchaus nicht fernliegen, da diese Personen häufig über ganz grundlegende organisatorische Strukturen entscheiden.[7] So werden insbesondere durch fehlerhafte Organisation in den Institutionen strukturelle Risiken geschaffen, die sich im konkreten Einzelfall – und zwar vorhersehbar – in einer Patientenschädigung realisieren können.[8] Und auch Gerda Müller, von 2000-2009 Vorsitzende des für das Arzthaftungsrecht zuständigen VI. Zivilsenates am BGH, äußerte im Jahr 2008 in der Festschrift für G. Hirsch: „Soweit die Rechtsprechung sich bisher in einzelnen Fällen und insgesamt eher selten mit Fragen der Wirtschaftlichkeit zu befassen hatte, galt stets der Grundsatz, dass aus wirtschaftlichen Erwägungen keine Abstriche gemacht werden dürfen, die die Sorgfaltsanforderungen unter den gebotenen Mindeststandard drücken würden. Wenn etwa in Zukunft die Mediziner selbst den Standard herabsetzen (...), wäre es fraglich, ob eine derartige Reduzierung des Standards der rechtlichen Nachprüfung standhalten würde (...)“.[9]

2. Strukturelle Gründe für (präsumtiv) rechtswidriges riskantes Verhalten

Um sich der Problematik insgesamt zu nähern, ist zunächst nach den Gründen für ein derart riskantes Verhalten der patientenfernen Entscheider zu fragen. Dabei liegt es nahe, dass dafür nicht lediglich ein Grund ursächlich ist, sondern dass eine Reihe von Gründen nebeneinander oder unter Umständen auch kumulativ wirken.

2.1. Kostendruck und Verdrängungswettbewerb

Ein erster Grund, der in Betracht kommt, besteht sicherlich im Kostendruck und Verdrängungswettbewerb der Institutionen im medizinischen Sektor. Ein Ministerialdirigent im Bundesministerium für Gesundheit hat sich dazu schon zur Jahrtausendwende wie folgt geäußert: „Ausdrückliches Ziel der in Kraft getretenen

[5] *Kudlich/Neelmeier*, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus, S. 267; *Kudlich/Schulte-Sasse*, NStZ 2011, 241; zu den weitergedachten Folgefragen einer etwaigen Verbandsstrafbarkeit im Medizinstrafrecht vgl. *Neelmeier/Koch,* in: DÄ 2016; 113 (51-52): A 2367-71.

[6] Vgl. allgemein zur Nebentäterschaft Lackner/Kühl-*Kühl,* StGB, § 25 Rn. 8; *Murmann*, Die Nebentäterschaft im Strafrecht, 1993.

[7] Vgl. dazu auch *Kudlich/Schulte-Sasse*, NStZ 2011, 241.

[8] *Kudlich/Neelmeier*, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus S. 268.

[9] *Müller*, Arzthaftung in Zeiten knapper Kassen, in: FS G. Hirsch, S. 413 (421).

Integrations-Versorgung nach § 140 Gesundheitsreformgesetz[10] ist der Verdrängungswettbewerb unter den Leistungserbringern."[11] Dieser Verdrängungswettbewerb hat zur Folge, dass von den derzeit bestehenden 2.000 Krankenhäusern in Deutschland nur 1.500 überleben werden (bzw. überleben sollen). Dieses „Krankenhaussterben" ist dabei kein unerwünschter Nebeneffekt, sondern, so argumentierten die großen Kassenverbände bei einer Anhörung im Deutschen Bundestag, im Gegenteil anerkanntermaßen politisch gewollt, um eine Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung innerhalb des Krankenhaussektors zu erreichen.[12] Darüber hinaus gehören mehr als 60 % der Kliniken mittlerweile einem Träger mit mindestens zwei Krankenhäusern an.[13] Das Ziel des „Verdrängungswettbewerbs" steht dabei in unmittelbarem Zusammenhang zum Kostendruck, der innerhalb der einzelnen Kliniken aufgrund des Verdrängungswettbewerbes stetig steigt, um ein „Überleben" der Klinik zu sichern.

Ihre Ausprägungen auf der tatsächlichen Ebene finden der Kostendruck und der Verdrängungswettbewerb unmittelbar sowohl im Klinikalltag als auch in Praxen von Ärzten: So engagieren etwa Zahnärzte, HNO-Ärzte oder Augenärzte in vielen Fällen für die Durchführung von ambulanten Operationen Billiganästhesisten, da ein teurerer (und sicherer) Anästhesist einen ökonomischen Wettbewerbsnachteil in der Gesamtkalkulation bedeuten würde.[14] Ein solcher Billiganästhesist arbeitet allein (d.h. ohne Anästhesiefachschwester), und zwar ggf. sowohl bei der Narkose als auch im Aufwachwachraum (falls es überhaupt einen Aufwachraum gibt, was leider keine Selbstverständlichkeit ist). Weitere Faktoren, welche die Kosten, aber eben auch die Sicherheit senken, können die Arbeit mit Billigstnarkosegeräten (Preisunterschied: 2.000 vs. 20.000 €) oder die Verwendung von Einmal-Medikamenten für mehrere Patienten sein. Statt in eine überwachungsaufwendigere Vollnarkose wird der Patient nur in einen Dämmerschlaf mit Spontanatmung versetzt, wenn kein Narkosegerät, keine Sauerstoffflasche und kein Tubus vorhanden sind. Hier wird deutlich, dass ein erhebliches Risiko der Patientenschädigung geschaffen wird.

Ein solches Vorgehen wird zumeist eher in Arztpraxen als in großen Krankenhäusern relevant werden, wie ein Fall, über den erstinstanzlich das AG Limburg zu entscheiden hatte, anschaulich zeigt: Ein Zahnarzt und ein Anästhesist wurden wegen fahrlässiger Tötung eines Kindes verurteilt, nachdem dieses aufgrund einer durch Sauerstoffunterversorgung verursachten Hirnschädigung infolge mangel-

[10] Gemeint ist das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22.12.1999, BGBl. I S. 2626.

[11] Ministerialdirigent im BMG Dr. *Ulrich Orlowski*, freistehend abgedrucktes Zitat vom 16.6.2000, HNO Mitteilungen 2000, 158.

[12] WELT ONLINE 18.11.2008, www.welt.de/wirtschaft/article2741530.html, zuletzt abgerufen am 25.09.16.

[13] Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), PM vom 06.06.2013 – Krankenhaus Rating Report 2013: Der Trend zu großen Klinikverbünden setzt sich fort, www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/118/, zuletzt abgerufen am 26.09.16.

[14] Zur Frage der Strafbarkeit von Arztpraxisinhabern bei „Einkauf" von Billig-Anästhesie *Neelmeier*, ArztR 2011, 256.

hafter Überwachung und Behandlung nach einem zahnärztlichen Eingriff unter Vollnarkose gestorben war.[15] Dazu äußerte das AG Limburg: „Wie einem Klinikträger oblag es dem Dr. Sp. gleichermaßen, die technisch-apparativen Einrichtungen und die erforderliche personelle Ausstattung für die postoperative und postnarkotische Überwachungsphase zu besorgen bzw. dafür Sorge zu tragen."[16] Letztlich wurde das Verfahren jedoch nach § 153a StPO gegen Geldauflagen in Höhe von jeweils 20.000 € nach einer Berufungshauptverhandlung aufgrund von Beweisunsicherheiten bzgl. der Kausalität der Pflichtverletzungen eingestellt.

2.2. Gewinnmaximierung, insbesondere durch Steigerung der Fallzahlen und Reduzierung der Kostenquote

In einem untrennbaren Zusammenhang dazu steht das Ziel der Gewinnmaximierung, welches insbesondere durch eine Steigerung der Fallzahlen und die Reduzierung der Kostenquote erreicht werden soll. Im Jahre 2012 arbeiteten laut dem Deutschen Krankenhausinstitut 51 % der Kliniken defizitär (zum Vergleich: im Jahr 2011 waren dies „nur" 31 %).[17]

An dieser Stelle haben zwei politische Grundsatzentscheidungen das Gesundheitswesen Gänze verändert. Eine davon ist die „großflächige Privatisierung der Krankenhauslandschaft"[18], in deren Folge die Leistungserbringer zur Erreichung des grundsätzlich legitimen Ziels der maximalen Rentabilität zum einen eine Reduzierung der Kostenquote und zum anderen die Steigerung der Fallzahlen/-schwere anstreben.[19] Diese Ziele sind jeweils getrennt voneinander als Selbstzweck einer wirtschaftlichen Unternehmensführung im Krankenhaus zu betrachten. Die Gefährdung der Patientensicherheit bei einer solchen Klinikstrukturierung folgt daraus, dass die Kostenquote als Selbstzweck eines ökonomisch rational geführten Unternehmens maßgeblich ist (und somit maßgeblicher als die Patientensicherheit).[20] Diese Reduzierung der Kostenquote, die ebenfalls das ökonomische Überleben einer Klinik oder Arztpraxis sichern soll und daher letztlich auch eine Komponente zur Steigerung der Gewinnmaximierung darstellt, beinhaltet ein hohes Gefährdungspotential für die Patientensicherheit, zumal es in Kliniken und Praxen bereits in der Vergangenheit mehrfach infolge von „Billigproduktionen" in der Patienten-

[15] AG Limburg a. d. Lahn v. 25.03.2011 – 3 Js 7075/08 – 52 Ls, ArztR (2011) 46; 232.

[16] AG Limburg a. d. Lahn v. 25.03.2011 – 3 Js 7075/08 – 52 Ls, ArztR (2011) 46; 232, Wetzlarer Neue Zeitung vom 12.05.2012, S. 17, http://medizinrecht-schulte-sasse.de/fileadmin/templates/_media/bibliothek/pdfs/medienberichte/2012-05-11_Celine-Prozess.pdf.

[17] DKI, Krankenhaus Barometer 2013, www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus_barometer_2013.pdf, S. 100.

[18] Näher dazu *Kudlich/Neelmeier*, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus, S. 274.

[19] *Kudlich/Neelmeier*, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus, S. 275 f.

[20] *Kudlich/Neelmeier*, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus, S. 274.

versorgung (bei vorhersehbar lebensgefährdender Organisation) zu Schädigungen der Patienten oder sogar zu Todesfällen gekommen ist.[21]

Die zweite politische Grundsatzentscheidung bestand in der Aufgabe des Systems der kostenorientierten Umlagefinanzierung.[22] Darunter versteht man, dass die DRG bzw. das Regelleistungsvolumen auf dem Bemessungsprinzip relativer Kosten unter Verteilung eines bestimmten Gesamtbudgets basieren. Daraus resultiert eine bedeutende Konsequenz: Neben der Unterschreitung von Sicherheitsstandards für die Behandlung der Patienten oder der Vornahme nicht medizinisch indizierter Eingriffe, die den Patienten schädigen (könnten), werden auch die Marktchancen von Mitbewerbern geschmälert.[23]

2.3. Zielvereinbarungen mit adversen Anreizstrukturen

Ein weiterer denkbarer Grund für strukturell rechtswidrig riskantes Verhalten in der Organisation besteht darin, dass die leitenden Ärzte oftmals Zielvereinbarungen mit der Geschäftsführung abschließen, welche klar strukturierte Vorgaben für die Leistungssteigerung der jeweiligen Abteilung beinhalten.[24] Dieser Punkt hängt eng mit der Steigerung der Fallzahlen und Reduzierung der Kostenquote zusammen, da als Inhalt einer solchen Zielvereinbarung in den meisten Fällen die Fallzahlen gesteigert werden sollen. Zur Erreichung dieses Ziels wird es als dienlich empfunden, mit den leitenden Ärzten Zielgespräche zu führen, in denen das Management Ziele vorgibt und die Ärzte bei Erreichen der Ziele besondere Boni erhalten.[25] Diese Strukturen weisen schon jeweils für sich und noch mehr in ihrer Kumulation ein hohes Maß an Gefährdung für die Patientensicherheit auf, da es aufgrund dieser Vereinbarungen beispielsweise auch zu medizinisch nicht indizierten Eingriffen kommen kann.

3. Falltypen von Organisationsverschulden aus der medizinischen Praxis („Verdachtsfälle“[26])

Aus der medizinischen Praxis lassen sich verschiedene Fallgruppen entwickeln, in denen ein Organisationsverschulden (regelmäßig) in Betracht kommen kann. Einige der im Folgenden angeführten Entscheidungen zeigen dabei, dass singulär Prozesse eines Umdenkens über die Verantwortung patientenferner Entscheider einzusetzen scheinen (und sei es auch nur in einzelnen Instanzen oder aber dahingehend, dass

[21] Mit Fallbeispiel: *Kudlich/Schulte-Sasse*, NStZ 2011, 241 (243).

[22] *Kudlich/Neelmeier*, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus, S. 276 f.

[23] *Kudlich/Neelmeier*, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus, S. 276 f.

[24] *Flintrop*, DÄ 2011, B-1753.

[25] *Kudlich/Schulte-Sasse*, NStZ 2011, 241 (244).

[26] Zu den typischen Verdachtsfallgruppen *Neelmeier/Schulte-Sasse*, Rechtsmedizin 2012, 22, sowie – nach Abschluss des Manuskripts erschienen – *Neelmeier*, in: Kudlich/Koch (Hrsg.), Ökonomie, medizinische Standards und rechtliche Haftung, 2017, S. 117 (121 ff.).

bei der Zumessung der Strafe für den patientennahen Behandler gesehen wird, dass diesen nicht die alleinige Schuld trifft).

3.1. Qualifikationsmängel (in Folge von Personalmangel)

In der Praxis relevant ist zunächst das Auftreten von Qualifikationsmängeln in Folge von Personalmangel, der strukturell von der Leitungsebene der Klinik geplant ist. So liegt es zum Beispiel in einem vom BGH entschiedenen Fall,[27] in dem eine Tötungsanklage ausschließlich gegen einen unerfahrenen Arzt erfolgte, der von seinen Vorgesetzten für die eigenverantwortliche Durchführung eines schwierigen Eingriffs eingeteilt worden war.[28] Der BGH bejahte an dieser Stelle zwar ein Übernahmeverschulden des Arztes, welcher den Eingriff aufgrund seiner Unterfahrenheit hätte ablehnen müssen, empfahl jedoch eine milde Sanktion „bei einem Schuldspruch nach § 227 StGB (…) vor dem Hintergrund, dass die strafrechtliche Verantwortlichkeit für das (…) Tatgeschehen von Organisatoren und anderen Mitwirkenden mit deutlich höherem Schuldgehalt greifbar naheliegt."[29] Dies überzeugt in letzter Konsequenz, denn wenn allein die unmittelbar handelnden Ärzte strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden, dient dies nur oberflächlich der Gerechtigkeit und bietet zudem insbesondere keinen besseren Schutz für die gefährdeten Rechtsgüter der Patienten, da mit der Bestrafung regelmäßig keinerlei Verbesserung der Organisationsstruktur einhergeht.[30]

3.2. Fachübergreifende Bereitschaftsdienste

Eine weitere Verdachtsfallgruppe, bei der ein Organisationsverschulden naheliegen kann, bezieht sich auf von der Leitungsebene der Klinik eingesetzte fachübergreifende Bereitschaftsdienste.[31] In solchen Fällen sind zur Kosteneinsparung diensthabende Fachärzte nicht parallel, sondern nur im Wechsel vor Ort (beispielsweise ein Internist *oder* ein Chirurg).[32] Übersieht nun der Internist eine postoperative Komplikation, die einem Chirurgen aufgefallen wäre, liegt der Fehler (ggf. falsche oder Nicht-Behandlung) zwar zunächst bei dem unmittelbar handelnden Internisten, der freilich auch eine allgemeine medizinische Ausbildung absolviert hat; jedoch wiegt der Fehler in der strukturellen Organisation schwerer, sodass eine strafrechtliche Verantwortung der patientenfernen Entscheider (hier der Krankenhausleitung)

[27] BGH v. 29.04.2010 – 5 StR 18/10, BGHSt 55, 121 = NJW 2010, 2595 (vorangehend LG Bremen).

[28] BGH v. 29.04.2010 – 5 StR 18/10, BGHSt 55, 121 = NJW 2010, 2595.

[29] BGH v. 29.04.2010 – 5 StR 18/10, BGHSt 55, 121 = NJW 2010, 2595 (2599).

[30] Vgl. bereits *Kudlich/Schulte-Sasse*, NStZ 2011, 241 (246).

[31] *Kudlich/Neelmeier*, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus, S. 316 f.

[32] *Kudlich/Neelmeier*, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus, S. 269; zum Einsatz von Assistenzärzten *Boemke*, NJW 2010, 1562; *Schulte-Sasse/Bruns*, ArztR 2006, 116; Übersicht der Fallgruppen bei *Schulte-Sasse*, ArztR 2010, 200.

nicht von vornherein ausgeschlossen werden sollte.[33] Durch den Einsatz fachübergreifender Bereitschaftsdienste entstanden in der Vergangenheit bereits mehrfach Patientenschädigungen. So kam es beispielsweise bei einem Patienten zu einem Wachkoma infolge eines Herzstillstands während der Blutung nach einer Kropfoperation[34] oder zum Tod einer Patientin durch Verbluten nach einer Geburt.[35]

In einem Fall, den das LG Augsburg zu entscheiden hatte, werden die angesprochenen strukturellen Missstände in ihrer Gänze deutlich, denn nach den Erläuterungen des LG zeigten die Geschäftsführer der Klinik keinerlei Bereitschaft, parallel fachspezifische Bereitschaftsdienste einzurichten.[36] Angeklagt war jedoch nur der chirurgische Chefarzt, weil er den fachübergreifenden Bereitschaftsdienst (durch einen fachfremden Assistenzarzt) zuließ und die Gefahrensituation für den Patienten hätte erkennen müssen. Zu der Verurteilung des Chefarztes hieß es von Seiten des LG: „(E)ine am Maßstab höchstmöglicher Patientensicherheit orientierte Organisation der ärztlichen Versorgung stellt gerade eine Kernaufgabe des Chefarztes dar".[37] Unberücksichtigt blieb hingegen, dass der problematische Umstand des fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes auch den Geschäftsführern bekannt war, die jedoch, obwohl sie die Kosten für einen (weiteren) fachspezifischen Bereitschaftsdienst nicht bewilligten, in strafrechtlicher Hinsicht unbehelligt blieben.[38]

3.3. Delegation auf nicht hinreichend qualifiziertes Personal (etwa MAfA-Fall[39])

1. Eine weitere Verdachtsfallgruppe besteht darin, dass ärztliche Aufgaben entweder auf nicht hinreichend qualifiziertes ärztliches Personal oder sogar auf nichtärztliches Personal delegiert werden. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn Anästhesien und Sedierungen durch Pflegepersonal statt durch einen Arzt durchgeführt werden. Das traf, nicht zufällig, sondern strukturell gewollt, im sogenannten MAfA-Fall zu, in dem (zwar der Anästhesist einen Strafbefehl akzeptiert hatte, aber) das Verfahren gegen die Klinikleitung letztlich nach § 170 Abs. 2 StPO eingestellt wurde.[40] In diesem hatte die Leitungsebene einer großen Krankenhausgesellschaft entschieden,

---

[33] *Kudlich/Neelmeier*, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus, S. 269.

[34] LG Augsburg v. 30.09.2004 – 3 KLs 400 Js 109903/01, ArztR 2005, 205.

[35] AG Gemünden v. 03.02.2010 – 1 Ls 801 Js 16954/05, nicht veröffentlicht.

[36] So zum Beispiel auch in BGH v. 05.07.2007 – 4 StR 549/06, NStZ-RR 2007, 340, wo ein Chemiestudent statt einer Krankenschwester bei Hilfstätigkeiten der Fettabsaugung in einer Praxis half.

[37] LG Augsburg v. 30.09.2004 – 3 KLs 400 Js 109903/01, ArztR 2005, 205 (213).

[38] *Kudlich/Schulte-Sasse*, NStZ 2011, 241 (245).

[39] Zu dieser Problematik *Andreas*, ArztR 2008, 144; *Schulte-Sasse/Bruns*, ArztR 2007, 116; *Schulte-Sasse/Debong*, ArztR 2005, 116.

[40] AG Erfurt, Strafbefehl vom 02.02.2010 – 46 Cs 102 Js 27948/06 und StA Erfurt, Einstellungsverfügung vom 20.01.2010 (beide unveröffentlicht); Thüringer Allgemeine (24.02.2010), Nach missglückter Operation bekam Narkose-Oberarzt in Erfurt Strafbefehl, http://erfurt.Urteilthueringer-allgemeine.de/web/lokal/leben/detail/-/specific/Nach-missglueckter-Operation-bekam-Narkose-Oberarzt-in-Erfurt-Strafbefehl-1980043872.

unternehmensintern Narkosepfleger als „Medizinische Assistenten für Anästhesie (MAfA)" zu schulen und anstelle von Ärzten für die Narkoseführung einzusetzen. Beim Einsatz solcher MAfAs erlitt ein Patient einen durch eine Hypoxie bedingten schweren Hirnschaden. Der Oberarzt hatte auf drei Operationstischen ein großes OP-Programm vor sich und nur einen Narkosepfleger und zwei Assistenzärzte mit wenigen Monaten Berufserfahrung an seiner Seite. Er akzeptierte letztlich den Strafbefehl wegen fahrlässiger Körperverletzung.[41] Das „MAfA"-Programm wurde in letzter Konsequenz aufgrund massiver Proteste gestoppt.

2. Ebenfalls beispielhaft für derartige Fälle ist eine Hypoxie nach postoperativer „Überwachung" durch Patientenangehörige.[42] Dies gilt für den eingangs erwähnten Fall des AG Limburg (der somit bereits unter zwei der typischen Verdachtsfallgruppen fällt) und hat sich ähnlich in einer Hamburger HNO-Praxis zugetragen: Auch hier kam es zu einer postnarkotischen Hypoxie des Patienten, wobei die zuständige Anästhesistin rechtskräftig gem. § 222 StGB verurteilt wurde, die Staatsanwaltschaft das gegen den HNO-Praxisinhaber und Praxismitinhaber geführte Ermittlungsverfahren jedoch gegen Zahlung von 5.000 Euro nach §§ 153, 153a StPO einzustellen bereit war.[43] Dem war vorangegangen, dass die Anästhesistin den postnarkotischen (kindlichen) Patienten in einen Aufwachraum ohne Überwachung brachte, während das Kind noch tief schlief. Sie ließ das Kind daraufhin in dem Aufwachraum zurück, wo es nur von seinem Vater und ohne weiteres medizinisches Gerät bewacht wurde. Erst nach Beendigung einer weiteren Operation kam der Operateur zurück und bemerkte, dass das Kind nicht mehr atmete. Das Kind verstarb aufgrund von Sauerstoffmangel nach der Operation, der möglicherweise dadurch eintrat, dass Blut aus der Nase in den Rachen und den Bereich des Kehlkopfes zurücklief und eine Verlegung der Atemwege verursachte.

3. Klare Aussagen dazu, dass insbesondere die postoperative Betreuung nicht nur eine Pflicht des (insoweit) patientennah behandelnden Anästhesisten sondern auch des (insoweit) patientenfern organisierenden Praxisinhabers sein kann, finden sich auch in Entscheidungen des LG Augsburg (Verurteilung eines Gynäkologen neben gesondert verfolgter Anästhesistin) wegen fahrlässiger Körperverletzung aufgrund mangelhafter personeller und apparativer Ausstattung des „Aufwachraums" und des OLG Düsseldorf. Es heißt hier:

---

[41] AG Erfurt, Strafbefehl vom 02.02.2010 – 46 Cs 102 Js 27948/06 und StA Erfurt, Einstellungsverfügung vom 20.01.2010, (beide unveröffentlicht); Thüringer Allgemeine (24.02.2010), Nach missglückter Operation bekam Narkose-Oberarzt in Erfurt Strafbefehl, http://erfurt.Urteilthueringer-allgemeine.de/web/lokal/leben/detail/-/specific/Nach-missglueckter-Operation-bekam-Narkose-Oberarzt-in-Erfurt-Strafbefehl-1980043872.

[42] AG Limburg a. d. Lahn v. 25.03.2001 – 3 Js 7075/08 – 52 Ls, ArztR 2011, 232 m. Anm. *Neelmeier*, ArztR 2011, 256; AG Hamburg-Harburg v. 02.12.2009 – 627 DS 7200 Js 75/07 (526/08), unveröffentlicht.

[43] AG Hamburg-Harburg v. 02.12.2009 – 627 DS 7200 Js 75/07 (526/08), unveröffentlicht; Mitteilung der StA Hamburg vom 24.09.2013 – 7200 Js 205/11; in einem dagegen eingeleiteten Klageerzwingungsverfahren steht noch eine Entscheidung aus, nachdem das BVerfG die erste ablehnende Entscheidung des OLG Hamburg aufgehoben hatte, vgl. BVerfG NJW 2016, 44 m. Anm. *Neelmeier* = medstra 2016, 92 m. Anm. *Kudlich/Hoven*.

„Für die Organisation der postoperativen Überwachung, das Vorhandensein geeigneten Fachpersonals und der erforderlichen Geräte ist der Angeklagte als Betreiber der Praxis verantwortlich“[44]

sowie

„Die personelle und sachliche Ausstattung der Gemeinschaftspraxis fiel in den ausschließlichen organisatorischen Zuständigkeitsbereich der einzelnen Praxismitglieder.“[45]

3.4. Beschäftigung von Honorarärzten

Eine weitere Verdachtsfallgruppe liegt in der Beschäftigung von Honorarärzten. Hier wird etwa die Frage aufgeworfen, wer die Komplikationen behandelt, die von Honorarärzten verursacht werden. Auch sind Honorarärzte oft selbstständig tätig und machen Zusagen in Bezug auf viel zu lange Dienstzeiten, da sie, im Gegensatz zu festangestellten Ärzten, Überstunden voll berechnen können.[46] Das kann im Ergebnis aufgrund eines hohen Erschöpfungszustandes zur Gefährdung der Patientensicherheit führen.

3.5. Zu hohe Taktfrequenz

Eine weitere Verdachtsfallgruppe, die alternativ oder kumulativ zu den langen Dienstzeiten behandelnder Ärzte hinzutreten kann, entsteht dann, wenn es bei den ärztlichen Behandlungen in Kliniken und Praxen eine zu hohe Taktfrequenz insbesondere bei Operationen gibt. Daraus allein resultiert zwar noch nicht notwendig eine die Fahrlässigkeitsstrafbarkeit begründende Pflichtverletzung. Jedoch kann man aufgrund der hohen Taktfrequenz eine angemessene Patientensicherheit jedenfalls dann in Frage stellen, wenn zum Beispiel ein Patient aufgrund einer Hypoxie stirbt[47] und (wie in einem Fall vom AG Hamburg-Harburg festgestellt) auf einem OP-Tisch pro Operationstag „in kurzen Abständen ca. 12-15 Operationen durchgeführt“ worden sind.[48] Ein ähnliches Bild wird im o.g. Fall des AG Limburg gezeichnet, wenn der Praxisbetreiber selbst seine OP-Pläne als „zeitlich sehr knapp gehalten“

[44] LG Augsburg v. 17.03.2005 – 8 KLs 200 Js 124189/04, juris Rn. 36: Zur Strafbarkeit eines Gynäkologen (neben dem Anästhesisten) wegen fahrlässiger Tötung aufgrund mangelhafter personeller und apparativer Ausstattung des „Aufwachraums“; zu einem ähnlichen Fall AG Langenfeld, Strafbefehl v. 17.08.2001 – 40 Cs – 810 Js 29/96, wörtlich zitiert in VG Köln, Beschluss vom 12.01.2004 – 37 K 5252/02, juris Rdnr. 3-5; AG Limburg a. d. Lahn v. 25.03.2011 – 3 Js 7075/08 – 52 Ls, ArztR 2011, 232.

[45] OLG Düsseldorf v. 19.10.2000 – 8 U 183/99, juris Rn. 27.

[46] *Kudlich/Neelmeier*, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus, S. 315.

[47] So auch *Kudlich/Neelmeier*, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus, S. 315 f.

[48] AG Hamburg-Harburg v. 02.12.2009 – 627 Ds 7200 Js 75/07 (526/08) m. Anm. *Zinka/Neelmeier*, ArchKrim 232 (2013), 17.

beschreibt.[49] In solchen Fällen kann mit *Schulte-Sasse* angenommen werden: „Produktionsdruck im Operationssaal gefährdet Patienten".[50]

3.6. Zu geringe Personalausstattung

Eine weitere typische Fallgruppe ist die zu geringe Personalausstattung. Diese kann im „worst case" dazu führen, dass Patienten, die dringend auf medizinische Versorgung angewiesen sind, (in der Klinik) sich selbst überlassen bleiben.[51] Wenn die Versorgung von Patienten in aus Kostengründen personell (z.B. bezüglich der Ärzte, des Pflege- oder Klinikhygienepersonals) unzureichend ausgestatteten Intensivstationen erfolgt, kann dies – wenn infolgedessen die erforderliche „Desinfektions-Compliance" nicht gewährleistet ist – insbesondere bei geschwächten Patienten zu Infektionen mit multiresistenten Bakterien führen.[52]

3.7. Fehlerhafte Erstversorgung (mangels personeller/apparativer Notfallvorsorge) oder Unmöglichkeit, lebensrettende Standards einzuhalten (etwa E-E-Zeit in der Geburtshilfe)

Die frühkindliche Erstversorgung in kleinen Krankenhäusern stellt eine weitere Risikogruppe dar, da ein kompetenter Arzt im Notfall zu spät zur Stelle sein kann. Diese Gefahr wird noch intensiviert, wenn beispielsweise nur ein fachfremder Assistenzarzt vor Ort ist, da erforderliche Rettungsmaßnahmen (bis zum Eintreffen der Fachkraft) möglicherweise zu spät oder gar nicht eingeleitet werden. So heißt es beispielsweise in einer Entscheidung des LG Rottweil: „Eine Notfallsituation – plötzlicher Abfall der kindlichen Herztöne – kann aber auch nach völlig unauffälligem Schwangerschaftsverlauf und ohne Wachstumsretardierung des Kindes unter der Geburt eintreten."[53] Gerade aufgrund akut behandlungsbedürftiger Notfälle ordne(te)n die Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland in der Leitlinie der DGGG schon im Jahr 2010 für die Versorgungsstufe 1 (geburtshilfliche Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik) an, dass die Notfallbereitschaft das Einhalten einer Notfallzeit von 30 Minuten ermöglichen muss.

Diese Zeiten einzuhalten, ist insbesondere für die geburtshilflichen Abteilungen in kleinen Krankenhäusern schwierig, in denen außerhalb der regulären Dienstzeiten kein Facharzt anwesend ist und in dem es nur fachärztliche Rufbereitschaftssysteme

---

[49] AG Limburg a. d. Lahn v. 25.03.2011 – 3 Js 7075/08 – 52 Ls, ArztR 2011, 232 (233).

[50] *Schulte-Sasse*, Anästh Intensivmed 2009, 552.

[51] AG Augsburg v. 01.02.2013 mit Bericht in: Augsburger Allgemeine (02.02.2013), Klinikums-Ärztin wegen fahrlässiger Tötung verurteilt, www.augsburger-allgemeine.de/augsburg/Klinikums-Aerztin-wegen-fahrlaessiger-Toetung-verurteilt-id23818246.html.

[52] Dazu *Kudlich/Schulte-Sasse*, NStZ 2011, 241 (243).

[53] LG Rottweil v. 31.03.2006 – 2 O 393/04, nicht veröffentlicht.

gibt.[54] Dadurch kann es zu schwersten Sauerstoffmangelschädigungen des Neugeborenen während der Geburt kommen.

4. Zurechnungshürden

Auch wenn es mithin diverse Fallgruppen von „Verdachtsfällen“ gibt, ist damit keineswegs ausgemacht, dass in all diesen Fällen tatsächlich eine Strafbarkeit der patientenfernen Entscheider feststeht und gar auch (strafprozessual) nachgewiesen werden kann. Vielmehr stellen sich auf verschiedenen Stufen „Zurechnungshürden“, die aus der allgemeinen Strafrechtsdogmatik bekannt sind.

4.1. „Verwässerung der Kausalität“ bzw. der objektiven Zurechenbarkeit mit zunehmender Entfernung vom Patienten

Je weiter der (präsumtiv) Verantwortliche vom strafrechtlichen Erfolg entfernt ist, desto stärker „verwässern“ Kausalität bzw. objektive Zurechenbarkeit, sodass es oftmals zwar pflichtwidrige Entscheidungen gegebenen haben mag, der Beweis des Zusammenhangs zwischen dieser Pflichtwidrigkeit und den Folgen (Patientenschädigung) aber nicht geführt werden kann. Die bis dato h.M. lehnt für den Fall, dass mehrere Beteiligte kausal handelten, zwar ein „Regressverbot“ in der Form ab, dass die Verantwortung gleichsam vom unmittelbaren Verursacher für alle weiter entfernt handelnden Verursacher „absorbiert“ würde.[55] Es kommen aber andere Einschränkungen der Zurechnung in Betracht, wie zum Beispiel der fehlende Pflichtwidrigkeitszusammenhang oder das eigenverantwortliche Dazwischentreten eines Dritten (letzteres jedoch nur, wenn der hinzutretende Beteiligte eine neue Gefahr schafft, nicht aber, wenn an die bereits geschaffene Gefahrenquelle nur angeknüpft wird[56]). Daraus folgt, dass sich beispielsweise die Leitungsebene der Klinik (als Organisatorin) bei einer Pflichtverletzung anlässlich der Behandlung eines Patienten nicht dadurch von der Haftung befreien kann, dass sie hinsichtlich der Haftung auf den unmittelbar Handelnden verweist. Gleichwohl kann eine Haftung fraglich sein, wenn an sich – ungeachtet der fehleranfälligeren Strukturen – der patientennahe Behandler „eigentlich“ den Fehler trotzdem hätte vermeiden müssen (also etwa in Fällen des bereichsübergreifenden Bereitschaftsdienstes eine postoperative Komplikation vorgelegen hat, die auch der Internist auf Grund seiner medizinischen Basisausbildung zumindest als solche hätte erkennen und – wenn schon nicht selbst behandeln, so doch – dem Oberarzt in Rufbereitschaft hätten melden können).

---

[54] Dazu *Neelmeier/Schulte-Sasse*, GesR 2012, 65; zur organisatorischen Problematik der Einhaltung medizinischer Standards speziell in der Geburtshilfe vgl. auch *Hitschold*, in: Kudlich/Koch (Hrsg.), Ökonomie, medizinische Standards und rechtliche Haftung, 2017, S. 25.

[55] BGH NJW 2010, 1087; LG Nürnberg-Fürth v. 08.02.2006 – 2 Ns 915 Js 144710/2003, NJW 2006, 1824.

[56] *Kudlich/Neelmeier*, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus, S. 300.

Als weiteres (freilich Einzelfall-)Beispiel kann hier nochmals auf den MAfA-Fall abgestellt werden.[57] Vor Gericht musste sich der Oberarzt für die lebensgefährlichen Planungen hinsichtlich der Operationen verantworten. Die Staatsanwaltschaft verneinte den Kausalzusammenhang mit der Begründung, dass „eine patientengefährdende personelle Fehlbesetzung, verbunden mit fehlender Facharztkapazität" bzw. eine „sicherlich kritisch zu sehende personelle Besetzung an diesem Tag im OP-Bereich" zwar im Raum stehe, jedoch die Ursächlichkeitsbeziehung zwischen den organisatorisch-strukturellen Missständen und dem Schadenseintritt beim Patienten fehle, da der angeklagte Klinik-Oberarzt als aufsichtführender Anästhesist nicht kommuniziert habe, unter unüberwindbarem Zeitdruck gestanden zu haben.[58]

4.2. Bestimmung des Sorgfaltsmaßstabs bei Entscheidungen auf Makro-Ebene

Aus den oben genannten Ausführungen wird deutlich, dass patientenferne Entscheider dem Patienten doch nicht so fern sind, wie es auf den ersten Blick scheinen mag, und ihre strafrechtliche (Mit-)Verantwortung daher nicht außer Acht gelassen werden darf. Sie ist jedoch stets abhängig vom Einzelfall und muss dementsprechend auch für den jeweiligen Einzelfall entschieden werden. Pauschalaussagen verbieten sich deshalb an dieser Stelle.

Soll eine Strafbarkeit begründet werden, ist für jeden konkreten Einzelfall (insb. jede organisatorische Maßnahme) die Sorgfaltspflichtwidrigkeit festzustellen. Diese bildet dabei die Grenze zwischen „bloß schicksalhafter Ursächlichkeit und rechtswidrigem strafwürdigem Verhalten".[59] Für die patientenfernen Entscheider müssen die Sorgfaltsmaßstäbe freilich gleichsam auf der „Makro-Ebene" bestimmt werden, was sich als deutlich schwieriger erweisen kann als etwa für den Operateur während einer konkreten OP. Was hier an Sorgfalt geschuldet wird und wann diese Sorgfalt außer Acht gelassen wurde, lässt sich relativ klar sagen. Welches Maß aber z.B. an Infrastruktur (die stets auch noch besser ausgestaltet und für noch seltenere Notfälle ausgelegt sein könnte) und an Personaldichte (die immer noch weiter angehoben werden könnte) etc. in den großen Strukturen eingehalten werden muss, ist weniger eine Frage von „richtig oder falsch" in der konkreten Situation, sondern von statistischen Aussagen und Wahrscheinlichkeiten und damit letztlich auch einer Wertung, welche Risiken in Kauf genommen werden dürfen.

Hinzu kommt auf der Makroebene das Sonderproblem, dass hier oft ein Handeln in Gremien und Hierarchien erfolgt. Dies erschwert die strafrechtliche Beurteilung im Einzelfall, da die Verantwortung sowohl in horizontalen als auch in vertikalen Arbeitsstrukturen jeweils erst ad personam zugewiesen werden muss,

[57] Ähnlich wie bei dem Oberarzt verhielt es sich im Fall der Fachanästhesistin, die 17 Kindernarkosen an einem Vormittag auf einem OP-Tisch (und ohne adäquaten Aufwachraum) vornahm und diese hätte verweigern müssen, AG Hamburg-Harburg v. 02.12.2010 – 46 Cs 102 Js 27948/06, unveröffentlicht.

[58] Einstellungsverfügung der Staatsanwaltschaft Erfurt v. 20.01.2010, unveröffentlicht.

[59] *Kudlich/Neelmeier*, in: Dann (Hrsg.), Compliance und Krankenhaus, S. 286.

beispielsweise hinsichtlich der Grenzen zulässiger Delegation, Gremienentscheidungen und arbeits- oder gesellschaftsrechtlicher Pflichten.

4.3. Mittelfristige Konsequenzen eines Grundsatzes „Nichtleistung statt Schlechtleistung“

Schon 1983 hat der BGH bestätigt: „Die Sicherheit des Patienten geht allen anderen Gesichtspunkten vor.“[60] Nichtleistung geht also vor Schlechtleistung. Mittelfristige Konsequenzen dieses Grundsatzes lassen sich mit *Ulsenheimer* prägnant zusammenfassen: „Wird erkennbar, dass die für den Krankenhausbetrieb oder eine einzelne empfohlene oder vorgeschriebene personelle bzw. sachliche Mindestausstattung nicht mehr gewahrt ist, um die Gefährdung des Patienten auf das noch tolerierbare Maß zu senken, so ist dieser an ein geeignetes Krankenhaus zu überweisen, ein Aufnahmestopp zu verhängen und das Leistungsangebot zurückzunehmen.“[61] Eine daraus folgende Konsequenz wäre, dass die Nichtleistung die Erhöhung der Sicherheit für den Patienten bedeutet.[62]

Auf der anderen Seite ergeben sich durch die „Nichtleistung“ jedoch auf längere Sicht gravierende Konsequenzen für medizinische Einrichtungen, da diese durch die „Nichtleistung“ im Extremfall an den Rand der Existenz getrieben werden können und unter ökonomischen Gesichtspunkten kaum noch betreibbar sind, denn „wer ökonomisch überleben will, braucht Fälle!“[63]. Dies kann zu nachteiligen Folgen führen, die zumindest den „Komfort“, schlimmstenfalls aber ihrerseits auch wieder die Gesundheit betreffen: Führt das Prinzip „Nichtleistung statt Schlechtleistung“ mittelfristig zu einer Ausdünnung der Versorgungsstruktur (etwa durch die Schließung kleiner Krankenhäuser), so betrifft das zumindest die „Bequemlichkeit“ für Patienten und ihre Angehörigen, die gerne wohnortnah versorgt werden wollen (und auch in kleinen Häusern in der überragenden Mehrzahl der Fälle zureichend versorgt werden). Im Extremfall sind sogar Konstellationen vorstellbar, in denen bei einem Notfall ein Patient zwar im 5 km entfernten kleinen Krankenhaus noch hätte gerettet werden können, nicht aber im 40 km entfernten größeren Haus mit grundsätzlich überlegener Struktur. Die Abwägung zwischen Optimierung des qualitativen Versorgung-Niveaus im konkreten Einzelfall und der Versorgungsdichte ist bis zu einem gewissen Grad auch eine gesundheitspolitische, die nicht allein mit den Mitteln der strafrechtlichen Zurechnungslehre beantwortet werden kann.

[60] BGH v. 30.11.1982 – VI ZR 77/81, BGHZ 85, 393 = NJW 1983, 1375 (1376).

[61] *Ulsenheimer*, Anästhesieologie & Intensivmedizin 2009; 50: 242, 245.

[62] Vgl. auch *Kudlich/Schulte-Sasse*, NStZ 2011, 241 (244).

[63] *Maus*, DÄ 2009, B-1455.

4.4. Praktischer Aspekt: Gutachter-Augenmerk

Ein letzter praktischer Hinweis sei noch erlaubt: Wenn man daran glaubt, dass Patienten nicht nur unter individuellem „Augenblicksversagen" patientennaher Behandler gefährdet werden können, sondern auch durch die statistisch unvermeidbaren Folgen von Strukturveränderungen patientenferner Entscheider,[64] dann muss dem in der forensischen Praxis auch bereits auf der Ebene der häufig prozessentscheidenden Gutachten begegnet werden. Kenntnisse nicht nur in den *leges artis* der Behandlung, sondern – je nach Fall – auch in den Grundzügen der Klinik- bzw. Praxisorganisation sind hier gefragt und vor allem auch von den Gerichten in die Gutachtenaufträge mit einzubeziehen. Die Fragestellung an den Gutachter würde dann also nicht nur dahin gehen, ob der Behandler in der konkreten Situation vorwerfbar falsch gehandelt hat (oder nicht anders handeln konnte bzw. individuell überfordert war), sondern ob die Strukturierung der Behandlungsabläufe – ggf. auch durch nicht unmittelbar in die Behandlung einbezogene Behandler – fehlerhaft war/besser hätte organisiert werden können/den üblichen Standards entsprochen hat.

5. Fazit

Abschließend kann festgestellt werden, dass hinsichtlich einer möglichen strafrechtlichen Verantwortlichkeit patientenferner Entscheider ein Umdenken geboten erscheint, um die Patientensicherheit besser gewährleisten zu können und niedrigeren Standards nicht Tür und Tor zu öffnen. Dies ist in Ansätzen auch in der Rechtsprechung bereits erkennbar, sollte jedoch ausgebaut werden, da eine fehleranfällige Organisationsstruktur innerhalb medizinischer Institutionen leichter und zielgerichteter abgestellt werden kann als jegliches „Augenblickversagen" eines einzelnen Arztes zu vermeiden ist. Die strafrechtliche Verantwortung der patientenfernen Entscheider muss sich dabei jedoch stets an dem konkreten Einzelfall orientieren und für diesen festgestellt werden. Wenn sich dabei etwa auf der Grundlage tradierter strafrechtlicher Kausalitätsanforderungen und rechtsstaatlicher Verfahrensgrundsätze in der Praxis Nachweisprobleme ergeben, sind diese grundsätzlich ebenso hinzunehmen wie in anderen Fällen theoretisch vorstellbarer „Makro-Verantwortung".

---

[64] Nur am Rande sei erwähnt, um auch dieses Zauberwort der modernen Strafrechtspolitik aufzugreifen: Bewusste Strukturveränderungen durch patientenferne Entscheider sind wesentlich eher „compliancefähig" als unbewusstes Augenblicksversagen bei der Behandlung; vgl. zu diesem Aspekt bereits *Kudlich/Neelmeier*, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus, S. 268, 325.

Literatur

Andreas, Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal, ArztR 2008, 144

Boemke, Facharztstandard bei fachübergreifendem Bereitschaftsdienst, NJW 2010, 1562

Flintrop, Krankenhäuser: Mehr, mehr, mehr, Deutsches Ärzteblatt 2011; 108 (40): B-1753

Hitschold, Ökonomisierung in der Medizin und ihre Auswirkungen auf den Behandlungsstandard in der Geburtshilfe, in: Kudlich/Koch (Hrsg.), Ökonomie, medizinische Standards und rechtliche Haftung, 2017, S. 25.

Kudlich/Hoven, Anmerkung zur Entscheidung BVerfG 2 BvR 912/15, medstra 2016, 96

Kudlich/Neelmeier, Behandlung: Compliance relevante Problembereiche, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus, S. 267

Kudlich/Schulte-Sasse, „Täter hinter den Tätern" in deutschen Krankenhäusern?, NStZ 2011, 241

Lackner/Kühl, StGB, 28. Aufl. 2014

Maus, Krankenhauseinweisungen: Fallprämie, Deutsches Ärzteblatt 2009 106 (36); B-1455

Müller, Arzthaftung in Zeiten knapper Kassen, in: FS G. Hirsch, S. 413

Murmann, Die Nebentäterschaft im Strafrecht, 1993

Neelmeier/Schulte-Sasse; Hypoxie durch Organisationsverschulden – Forensische Begutachtung von Führungsverhalten in Gesundheitseinrichtungen, Rechtsmedizin 2012, 22

Neelmeier, Ökonomische bedingtes Organisationsverschulden im Arztstrafrecht, in: Kudlich/Koch (Hrsg.), Ökonomie, medizinische Standards und rechtliche Haftung, 2017, S. 117

Neelmeier, Anm. zur Entscheidung BVerfG 2 BvR 912/15, NJW 2016, 47

Neelmeier, Bin ich meines Kollegen Hüter?, ArztR 2011, 256

Neelmeier/Schulte-Sasse, Adverse Selektion medizinischer Leistungserbringer – Marktversagen infolge Informationsasymmetrie und Veranwortungsgefälle, GesR 2012, 65

Neelmeier/Koch, Klinikmanagement: Unternehmensstrafbarkeit für Krankenhausträger?, Deutsches Ärzteblatt 2016; 113 (51): A 2367-71

Schulte-Sasse, Produktionsdruck im Operationssaal gefährdet Patienten, Anästhesieologie & Intensivmedizin 2009; 50: 552

Schulte-Sasse, Der Täter hinter dem Täter, ArztR 2010, 200

Schulte-Sasse/Bruns, Fachübergreifender Bereitschaftsdienst, ArztR 2006, 116

Schulte-Sasse/Debong, Haftung beim Tod sedierter Patienten, ArztR 2005, 116

Ulsenheimer, Zur Diskrepanz zwischen dem optimalen medizinischen Standard, dem ökonomisch Möglichen und dem rechtlich Geforderten – der Anästhesiologe im Widerstreit gegensätzlicher Pflichten, Anästhesieologie & Intensivmedizin 2009; 50: 242

V. Bericht über die Podiumsdiskussion

Bericht über die Diskussion

Wiss. Mit. Martin Gerhard

1. Einleitung

Den gedanklichen Rahmen des 10. Kriminalwissenschaftlichen Kolloquiums steckte *Prof. Dr. Gunnar Duttge* bereits in seinen einführenden Worten ab: Nach kurzen Anmerkungen zum Behandlungsfehler nebst zu vermutender Dunkelziffer konstatierte er ein gesamtgesellschaftlich zunehmendes Unbehagen im Hinblick auf die moderne Medizinpraxis, welches seine Ursache u.a. in einer fortschreitenden Arbeitsteilung im medizinischen Alltag und sich kontinuierlich verstärkenden Arbeitsbelastung der beteiligten Akteure habe. Der hohe Arbeitsdruck gehe dabei regelhaft mit wachsenden ökonomischen Zwängen einher, was – gepaart mit mangelnder Rechtskenntnis und schlechter Kommunikation – nicht ohne (i.d.R. negative) Folgen bleibe. Gerade die modernen Arbeitsteilungsmechanismen führten in der Praxis häufig zu einer „Einbahnstraße Top-Down", die von Betroffenen nicht selten als „organisierte Nicht-Verantwortlichkeit" empfunden werde. Patienten reagierten sehr sensibel auf mediale Berichte über „ökonomische Indikationen", beispielsweise bei Durchführung für das Krankenhaus lukrativer, medizinisch indes nicht zwingend veranlasster Operationen; ebenso verfestige sich der öffentliche Eindruck, dass über Behandlungsfehler – meist aus Angst vor einem Tätigwerden des Rechts – im Krankenhaus höchst ungern kommuniziert werde. Die gesellschaftliche Sensibilität bewirke, dass sich auch die Politik zunehmend für die „Gesundheit der Krankenhäuser" interessiere. In Bezug auf das Strafrecht verstärke sich die Tendenz, auf Tatbestandsseite strenge Maßstäbe anzulegen, womit die Rechtsfolgenseite häufig nicht korrespondiere (Berücksichtigung von „Organisationsverschulden", „Leitungsversagen" etc.).

2. Machtverteilung und Machtverschiebungen in deutschen Krankenhäusern *(Siegfried Geyer)*

In Auseinandersetzung mit dem Vortrag von Prof. Dr. Siegfried Geyer beanstandete *Prof. Dr. Gerhard Anton Müller*, Leiter der Klinik für Nephrologie und Rheumatologie der Universitätsmedizin Göttingen, der Referent habe der Ökonomie einen zu hohen Stellenwert beigemessen, obschon jene weder Kernaufgabe noch Interessenschwerpunkt der Ärzteschaft sein könne, sondern bei dieser zu Burnout und Abwanderungsgedanken führe. Eine Pflegekraft aus dem Publikum kritisierte ergänzend, dass im Vortrag einzig auf approbierte Mediziner und das „Gesundheitsmanagement" eingegangen und der gesamte „Pflegebereich" ausgeklammert worden sei, obschon dort unter Verweigerung der Zubilligung von Mindestbesetzungskennzahlen fortlaufend gravierende Einsparungen vorgenommen würden.

Prof. Dr. Siegfried Geyer entgegnete, dass der – in der Tat zu beobachtende – gravierende Stellen- und Qualifikationsabbau in der Pflege einen eigenständigen Vortrag gefüllt hätte. Beim Thema „Ökonomie" dürfe sich die Ärzteschaft angesichts der hohen Praxisrelevanz – ungeachtet ihres Unbehagens – einer Diskussion nicht verweigern; im Gegenteil müsse jene den Diskurs viel aktiver mitgestalten.

Eine Managementkraft aus dem Publikum verstand dies als Ermutigung für den Hinweis, dass das DRG-bezogene Vergütungssystem in der öffentlichen Diskussion zu häufig schlechtgeredet werde; viel vordringlicher sei in der Praxis das Problem des Wettbewerbs um qualifiziertes Personal. Auch *Prof. Dr. Siegfried Geyer* billigte zu, dass DRG's (Diagnosis Related Groups) kein „Teufelszeug" seien, zumal deren Einführung zu einer durchaus positiv zu wertenden Reduktion sinnlos langer Liegedauern geführt habe; gleichwohl mahnte er einen gesunden Mittelweg zwischen „früher" (Ökonomie kaum relevant) und „heute" (Ökonomie omnipräsent) an.

Eine Landärztin thematisierte das Problem „blutiger Entlassungen", also der verfrühten Entlassung von Patienten in sicherer Erwartung, dass diese schon bald erneut eingewiesen werden müssen, was nach Maßgabe der DRG‘s eine erhöhte Vergütung bewirkt. Sie interessiere, ob es Studien zu diesem „Geschäftsmodell" auf dem Rücken der Erkrankten gebe. *Prof. Dr. Siegfried Geyer* verneinte dies, verwies aber auf allgemeines Studienmaterial zur Patientenzufriedenheit, demzufolge Patienten z.B. bereit seien, hohe Entfernungen des Krankenhauses zu ihrem Wohnort in Kauf zu nehmen, sofern sie die „Gesamtstruktur" der Einrichtung überzeuge.

Prof. Dr. Jörg-Martin Jehle von der Universität Göttingen erkundigte sich, wie man der Tendenz entgegenwirken könne, dass private Klinikbetreiber sich die lukrativsten Fälle auswählten und „margenarme" (weil komplizierte) Erkrankungen geschickt an öffentliche Einrichtungen wie Universitätskliniken weiterverweisen. *Prof. Dr. Siegfried Geyer* stimmte dieser Beobachtung zu und warnte – auch vor dem Hintergrund der vorherigen Frage („blutige Entlassung") – vor den Gefahren solcher Geschäftspraktiken. Dies seien wichtige Beispiele für eine im gegenwärtigen System teilweise zu verzeichnende „Schieflage zugunsten der Ökonomie", die es punktuell und zielgerichtet zu beheben gelte, was Aufgabe der Politik sei.

3. Ökonomie und Qualität – Chancen oder Gefahren? – Eine (geriatrische) Praxis-Sicht *(Daniel Grob)*

Die Diskussion bezog sich zunächst auf eine Anmerkung von *Dr. Manuel Ladiges* von der Universität Göttingen, zu der *Dr. Daniel Grob* seine Beobachtung schilderte, dass junge Ärzte heute oft fast vorauseilend ökonomische Parameter zur Anwendung brächten, über die sie häufig aber nicht hinreichend im Bilde seien. Dieser Problematik könne nur durch eine Verbesserung der Lehre begegnet werden, insbesondere durch eine „Schulung der Entscheidungsfindung".

Professor Dr. Gunnar Duttge erkundigte sich sodann, wo – beispielsweise vor dem Hintergrund des bereits thematisierten Problems „blutiger Entlassungen" – Potential für die Weiterentwicklung des DRG-Systems zu erkennen sei. *Dr. Daniel Grob* führte aus, es müsse schlicht dafür Sorge getragen werden, dass auch „Hochkostenfälle" ausreichend finanziert würden, sodass derartigen Umgehungstendenzen das Erfordernis entzogen werde. Dies sei auch finanzierbar, wenn man gleichzeitig Anreize zur Überversorgung reduziere (z.B. Knie-OP). Insgesamt bedürfe es einer verbesserten Verknüpfung von stationärer und ambulanter Behandlung.

4. Qualitäts- und Risk-Management – Alternative oder Ergänzung zur rechtlichen Inverantwortungnahme? *(Maria I. Cartes)*

Der Vortrag von *Dr. Maria Inés Cartes* (Stabsstelle Strategisches Risikomanagement und Patientensicherheit der Medizinischen Hochschule Hannover), zu dessen Oberthema sie gemeinsam mit *Prof. Dr. Rainer Nustede* den in diesem Tagungsband veröffentlichten Beitrag verfasst hat, beschäftigte sich mit der unklaren Begriffsbestimmung von „Qualität" im Gesundheitswesen (die werde in der Praxis häufig einzig auf Basis von Fragenkatalogen zu ermitteln versucht) in Abgrenzung zum Risikomanagement, welches aufgrund einer steigenden Klagebereitschaft der Patienten immer zentraler werde, zumal vermehrte Klagen zu von DRG's nicht abgebildeten Zusatzkosten in Form explodierender Haftpflichtversicherungsbeiträge führten. Insofern sei veranlasst, Krankenhausmitarbeiter für den „Schiefgehensfall" vorab zu schulen, insbesondere im Hinblick auf deren Kommunikation. Dr. Cartes plädierte im internen Umgang für ein angstfreies Miteinander von Krankenhauspersonal und Risikomanagement, was voraussetze, dass „Beinahezwischenfälle" sanktionsfrei bleiben; nur so könne zur erforderlichen „Störfallmeldebereitschaft" motiviert werden. Aus dem praktischen Erfahrungsschatz müssten viele kleine Einzelverbesserungen entwickelt und konsequent implementiert werden (z.B. bessere optische Unterscheidbarkeit von Medikamenten zur Verwechslungsvorsorge etc.). Derartige Praxisoptimierungen seien jeder „theoretischen Kommunikation" vorzuziehen, obschon es ganz ohne Abstraktion (etwa im Rahmen von Schulungen etc.) natürlich

auch nicht funktioniere. Die wachsenden Dokumentationserfordernisse seien ein grundsätzliches Problem.

Die anschließende Diskussionsrunde leitete *Prof. Dr. Gunnar Duttge* mit der Frage ein, wie die Vortragende ihre Kollegen ganz konkret zu einem optimalen Risikomanagement ermutige und ob die Leitungsebene nicht oftmals missbillige, wenn jene erkannte Probleme direkt an sie weiterreichten. *Dr. Maria Inés Cartes* erwiderte, zunächst und vor allem brauche es Zeit; es müsse sich herumsprechen, dass niemand „bestraft" werde und dass es nicht um „Meckerei" und Vorwürfe gehe, sondern um Zuhören, Helfen und konkrete Verbesserungen. Wenn dies bekannt sei, wenn jeder wisse, dass sie für „alles" zuständig sei und ein Anruf genüge, um sich der Sache anzunehmen, wachse nötiges Vertrauen. Bei der Leitungsebene sei das Risikomanagement im Übrigen durchaus angesehen, nicht aber das Qualitätsmanagement.

Ein Pathologe aus dem Publikum kritisierte in diesem Zusammenhang die Abschaffung der Verwaltungsautopsie, da jene Streichung durchweg negative Auswirkungen hervorgerufen habe – auch bzgl. des Qualitäts- und Risikomanagements.

5. Reichweite einer strafrechtlichen Sanktionierung von Organisationsmängeln – strafrechtliche Risiken der Mitarbeiter *(Klaus Ulsenheimer)* und der Leitungsebene *(Hans Kudlich)*

Die sich an die rechtsbezogenen Vorträge anschließende Diskussion befasste sich zunächst mit dem Verhältnis der sog. Grenzverweildauer (Beratungsnotwendigkeit über Entlassung bei längerer Liegezeit) zum Facharztstandard, und zwar vor dem Hintergrund der in Chefarztverträgen anzutreffenden Klausel, dass vor Implementierung neuer Standards das Einvernehmen mit der kaufmännischen Leitung des Krankenhauses herzustellen ist. *Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer* fand an der Verwendung derartiger Klauseln nichts beanstandungsbedürftiges, soweit der jeweilige „neue Standard" noch nicht zum sog. „ärztlichen [Allgemein-]Standard" gehört.

Prof. Dr. Wolfgang Mitsch von der Universität Potsdam erkundigte sich am Beispiel des Parallelnarkosefalls nach dem Verhältnis der Verweigerungsobliegenheiten des Arztes (Remonstrationspflicht etc.) zum unechten Unterlassungsdelikt. *Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer* stellte hierzu klar, dass im Parallelnarkosefall kein vorsätzliches Verhalten in Rede stand (der Arzt suchte ja den Rechtsrat); insofern existiere auch kein Unterlassungsproblem (kein [versuchtes] unechtes Unterlassungsdelikt).

Prof. Dr. Mitsch interessierte ferner, ob Aufsichtspflichtverletzungen de lege ferenda gesondert zu inkriminieren seien. *Prof. Dr. Hans Kudlich* entgegnete, dass de lege lata bereits an § 130 OWiG zu denken sei. Es bestehe kein Bedürfnis, die Verletzung der Aufsichtspflicht zu einer neuen Straftat aufzuwerten; die Fahrlässigkeitstatbestände genügten, zumal diesen teilnehmerschaftliche Restriktionen fehlten.

Sodann wurde ganz grundsätzlich moniert, dass angesichts derartiger rechtlicher Befunde die Abwanderung von Ärzten aus Deutschland oder in „facharztferne

Bereiche" nicht mehr überraschen könne („dem Recht schutzlos ausgeliefert"). *Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer* gab daraufhin zu, dass die Anforderungen des deutschen Rechts an ärztliches Verhalten durchaus teilweise nicht zu unterschätzen seien, warb aber vor dem Hintergrund des Patientenschutzes zugleich auch um Verständnis hierfür. Zum Thema „Gefährdungsanzeigen" meinte *Prof. Dr. Hans Kudlich*, dass eine „Eigenfreizeichnung von der Haftung" immer mit Schwierigkeiten verbunden sei.

Hernach interessierte die Frage, ob das Recht an medizinisch geschultes Personal in krankenhausleitender Funktion erhöhte Anforderungen stelle. *Prof. Dr. Hans Kudlich* antwortete hierauf mit Ausführungen zur Fahrlässigkeitsdogmatik und ging dabei insbesondere auf das Standardproblem des Vorhandenseins von „Sonderwissen/-fertigkeiten" ein; er vertrat – unabhängig davon – die Ansicht, dass die Unterschiede in der Praxis allenfalls marginal ausfallen dürften, sodass man jene Frage i.E. verneinen könne.

Prof. Dr. Gunnar Duttge nahm dies zum Anlass für die Frage, ob es nicht gerade ein Grundproblem der vorherrschenden Fahrlässigkeitsdogmatik sei, dass diese der arbeitsteiligen Welt und dem Phänomen sozialer Überforderung nicht hinreichend Rechnung trage; er warb insofern für ein stärker individualisierendes Verständnis. *Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer* wollte sich dem nicht anschließen und identifizierte als vordringlicheres Problem die zu beobachtende Arbeitsweise von medizinischen Gerichtsgutachtern, die vielfach nicht zugeben wollten, dass jedem „Standard" auch eine gewisse „Variabilität" immanent sei; der diesbezügliche Sinneswandel müsse daher nicht aus der Rechtswissenschaft, sondern aus der Medizin kommen („kein Fall ohne Sachverständige"; „Optimum in Provinzkrankenhaus nicht leistbar").

Die letzte Frage richtete *Prof. Dr. Gunnar Duttge* an *Prof. Dr. Hans Kudlich*, bei dem er sich nach Veränderungsbedarf einer zu „soften" Zurechnungsdogmatik erkundigte. Dieser räumte ein, dass die situative Prägung im Fahrlässigkeitsbereich wohl tatsächlich stärker zu berücksichtigen sei. Dem stehe die Dogmatik jedoch gar nicht entgegen, sondern lasse dies durchaus zu (es gehe eher um „Nachweisfragen").

6. Bericht über die veranstaltungsbeschließende Podiumsdiskussion *(Giovanni Maio, Gerhard Anton Müller und Andreas Spickhoff)*

Die Podiumsdiskussion zum Thema „Krankenhaus 2020 – Was wäre zu tun?" moderierte *Rechtsanwalt Dr. Oliver Tolmein* aus Hamburg, der die Teilnehmer zunächst jeweils um ein Eingangsstatement bat.

Es startete *Prof. Dr. Giovanni Maio* von der Universität Freiburg als Vertreter der Medizinethik. Dieser hielt den „Parallelnarkosefall" für ein gutes Beispiel dafür, dass das Aufkommen von Fehlern häufig in engem Zusammenhang mit Organisationsmängeln stehe; insofern existiere auch eine Korrelation mit dem Problemkreis der Zwangsbehandlung. Vorangestellt werden müsse jedoch das Anerkenntnis der Tatsache, dass durch die Ökonomisierung der Medizin Fehlanreize geschaffen worden

seien; es gebe – politisch gewollt – die strukturelle Vorgabe eines Durchschleusens von Patienten („betriebliche Rationalität"), was im Widerspruch zur an sich erforderlichen Sorgfalt stehe. Der gegenwärtige Hauptanreiz sei Effizienz, obschon dies den Keim der fehlenden Sorgfalt in sich trage. Ärzte seien durch das ökonomische Wertesystem, das ihnen übergestülpt worden sei, „innerlich gekapert und kolonisiert" worden; insoweit müssten sie sich den Vorwurf gefallen lassen, dies hingenommen zu haben. Schwerer wiege indes der Vorwurf an die Politik, ein derartiges System überhaupt implementiert zu haben. Unter dem Deckmantel einer – an sich nicht verwerflichen – Wirtschaftlichkeitsbetrachtung gehe es heute in Wahrheit um Rentabilität, was etwas grundlegend anderes sei; dieser Unterschied werde durch falsche Begrifflichkeiten, mit denen man die Ärzteschaft unterfüttere, zu überdecken versucht. Wirklich wichtige Werte wie z.B. die altruistische Motivation zu möglichst andauernder, nachhaltiger und schonender Heilung eines Mitmenschen spielten in diesem System keine Rolle, sodass die Lösung nur in einem „Systemwechsel" liegen könne: Nicht derjenige dürfe belohnt werden, der schnell durchschleust, sondern jener, der gut behandelt. Beispiel hierfür: Auch das Abraten von einer Operation könne eine wichtige Leistung sein, die angemessen honoriert werden müsse. Außerdem sei zu erkennen, dass sich Professionalität nicht durch eine „Überformalisierung" ersetzen lasse; insofern müsse man sich von formalen Vorgaben lösen und „strukturelle Mindeststandards" etablieren, welche den Ärzten – jenseits dessen – ihre Autonomie zurückgeben. All dies werde nicht von selbst geschehen; stattdessen müssten sich Ärzte aktiv wehren und „Rationalität und Fürsorge zurückerobern". Die Medizin sei ein sozialer Bereich, der auch vorrangig auf Grundlage einer „sozialen Rationalität" strukturiert werden müsse, was sich von der aktuellen „ökonomischen Rationalität" grundlegend unterscheide.

Auf Nachfrage des Moderators, wer genau die „Kolonisatoren" seien, wen sich die Ärzte als Verbündete suchen sollten und ob die Konfliktlinien nicht auch sehr häufig innerhalb der Ärzteschaft verlaufen dürften, bekundete *Prof. Dr. Giovanni Maio*, die treibenden Kräfte seien politische Entscheidungsträger der 1970er-Jahre gewesen, welche die radikale Ökonomisierung als „Allzweckwaffe" gegen sich abzeichnende finanzielle Engpässe propagiert hätten. Heute sei irrelevant, ob der Patient zufrieden sei und sich wohlfühle; gearbeitet werde stattdessen mit Fallzahlen und -pauschalen. Maßgeblich hierfür seien Algorithmen, welche über 1.000 Jahre gewachsene Erkenntnisse und Erfahrungen der Medizin zu ersetzen drohten. Jenes über die Zeit gewonnene, implizite Wissen müsse weitergegeben und die „praktische Urteilskraft" des Arztes gestärkt werden, anstatt sie in einem fort abzuwerten.

Das zweite Eingangsstatement hielt *Prof. Dr. Gerhard Anton Müller* von der Universitätsmedizin Göttingen als Vertreter der Medizin und Krankenhausleitung. Dieser stimmte dem von Prof. Dr. Giovanni Maio proklamierten Gegensatzpaar „Algorithmen versus Erfahrungswissen" durchaus zu; das vordringlichere Problem liege aber in einer zunehmenden Distanz zwischen Arzt und Patient (z.B. im Hinblick auf eine direkte und kontinuierliche Kommunikation). Es müsse akzeptiert werden, dass ein Patient nicht behandelt werden wolle wie ein defektes Automobil. Aus seiner

medizinischen Praxis könne er der Beobachtung nur zustimmen, dass z.B. sein Arbeitgeber ihn als Arzt zumeist nicht danach frage, wie viele seiner Patienten er wirklich heilen konnte; stattdessen gehe es immer nur um Budgetfragen. Als große Belastung empfinde er, dass unzählige additive Zusatzaufgaben in regelmäßigen Abständen zu seinem – ohnehin schon gut gefüllten – Pflichtenportfolio hinzugefügt würden, was jeweils einen enormen Mehraufwand (Zusatzschulungen etc.), leider aber i.E. meist keinen echten Mehrwert bringe, da die hierfür erforderliche Zeit nicht mehr für die Heilung von Patienten aufgewendet werden könne („es wimmelt in unseren Krankenhäusern von Beauftragten" – für Strahlenschutz, für Transfusion, für Patientensicherheit etc.). Im Gegenteil bewirke die zunehmende Bürokratisierung, dass man sich mit hausgemachten Problemen – etwa dem neuesten Rundschreiben des „Sicherheitsmanagers" – befassen müsse, anstatt sich seinen eigentlichen Aufgaben zu widmen. Zudem verzettele sich die Krankenhausmedizin mit der Bildung von „Zentren", was Folgeprobleme – etwa durch Setzen falscher Anreize oder bzgl. der Einhaltung vorgeschriebener Fallzahlen – mit sich bringe. Inzwischen habe sich eine regelrechte Industrie des Qualitätsmanagements etabliert, die niemand mehr zu überblicken und deren Anforderungen auch niemand zu erfüllen vermöge. Da müsse dringend „zurückgerudert" werden. Im Ergebnis spare diese Entwicklung nach seiner Beobachtung noch nicht einmal Geld ein, da nicht ausgeheilte Patienten wiederkämen und Zusatzkosten verursachten. Dies zeige die fehlende Rationalität manch ökonomischer Erwägung. Zur Wahrheit gehöre allerdings, dass es mitunter sinnvoll sein könne, in zu dicht versorgten Gebieten auch einmal ein Krankenhaus zu schließen. Dies sei aber politisch äußerst schwierig durchzusetzen, was anekdotenhaft anhand einer Begegnung mit dem früheren Gesundheitsminister Horst Seehofer veranschaulicht wird.

Die Nachfrage des Moderators, wie es – trotz des enormen Einflusses der Ärzteschaft – überhaupt so weit kommen konnte und wo, wenn „zurückgerudert" werden solle, vorrangig anzusetzen sei, beantwortete *Prof. Dr. Gerhard Anton Müller* dahingehend, dass die Entwicklung der vergangenen Jahre eine solche von einem in das andere Extrem sei; wenn da nicht nachjustiert werde, gerate der Patient mehr und mehr aus dem Blick, was – zumal die Gesellschaft altere – problematisch sei.

Das letzte Eingangsstatement hielt *Prof. Dr. Andreas Spickhoff* von der LMU München als Vertreter der Rechtswissenschaft. Nicht zu leugnen sei, dass das Recht zuweilen – etwa durch Etablierung verfehlter Anreizsysteme – schlechte Rahmenbedingungen geschaffen habe. Eine nachhaltige Anpassung setze die Einsicht voraus, dass Gesundheit in Zukunft mehr kosten werde („Druck aus dem Anreizsystem nehmen"). Natürlich könne man auch einzelne Stellschrauben justieren. Jedenfalls müsse das Patientenwohl im Verhältnis zum Primat der Ökonomie künftig stärker in den Vordergrund gerückt werden (jüngstes Negativbeispiel sei das kürzlich verabschiedete Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, in dem es um vieles gehe, nicht aber um das Wohl der Patienten). Ein weiteres konkretes Beispiel sei das Patientenrechtegesetz, in dem das Organisationsverschulden bislang so gut wie gar keine Rolle spiele; einzig die Rechtsprechung versuche, diese Figur

über Kausalitätsvermutungen im Haftungsrecht präventiv einzusetzen. Jener Rechtsgedanke sei noch deutlich ausbaufähig und stehe auch dem Instrumentenkasten des Gesetzgebers zur Verfügung. Als Beispiel könnte man der Überschreitung der Arbeitszeit künftig größere Bedeutung zumessen und dies etwa – im Sinne einer widerleglichen Legalvermutung – als Haftungsgrund begreifen („über die Haftung kann man Druck erzeugen und Veränderungen herbeiführen"). Allerdings müsse der Gesetzgeber bei solchen Rechtsjustierungen mit Augenmaß vorgehen (Übermaßverbot), damit auch künftig noch Menschen im Krankenhaus arbeiten wollen. Misslungen sei dies im Bereich der Geburtshilfe, wo man über das Haftungsrecht schon ganze Abteilungen zum Erliegen gebracht habe. Dies sei gewiss keine Lösung.

Sodann ließ der Moderator Fragen aus dem Publikum zu. Die erste thematisierte, ob es überhaupt „Rationalität" im Gesundheitssystem geben könne. *Prof. Dr. Gerhard Anton Müller* bejahte dies; jede Rationalität müsse aber die Erkenntnis beinhalten, dass deutlich steigende Kosten auf die Gesellschaft zukommen werden (wg. Investitionsstaus, neuen Behandlungsmöglichkeiten etc.). *Prof. Dr. Giovanni Maio* ergänzte, das Grundproblem sei die „Kapitalisierung der Heilberufe"; jemandem zu helfen müsse Selbstzweck sein und dürfe nicht durch andere Ideen umgewertet werden. Gesundheit sei heute ein „Maximierungsobjekt" (belohnt werde Quantität, nicht Qualität). Eine jahrelang falsche Sozialisierung von Ärzten habe zu dieser Fehlentwicklung beigetragen. Diese vernachlässigten heute alles, was nicht messbar sei (soziale Interaktion, zuhören können etc.) und richteten ihre Aufmerksamkeit stattdessen auf das, was „politisch gewollt" sei. Inzwischen sei ein Punkt erreicht, in dem Kosmetik nicht mehr weiterhelfe; es bedürfe eines komplett neuen „Entwurfs". *Prof. Dr. Gerhard Anton Müller* bestritt den Vorwurf, dass Ärzte sich nicht wehren. Dies geschehe zuhauf, manchmal auch auf subtile Weise (etwa durch Abwanderung). Die geäußerte Kritik halte er auch sonst für zu pauschal. Richtig sei im Übrigen, dass es in jedem System („Entwurf") auch Gewinner und Verlierer gebe.

Prof. Dr. Siegfried Geyer erkundigte sich, warum es eigentlich unter dem Strich so wenig Veränderung gebe, obwohl doch „Interaktion mit dem Patienten" heute fester Bestandteil jeder medizinischen Ausbildung sei. Laut *Prof. Dr. Giovanni Maio* ist diese Diagnose völlig zutreffend und liegt die Lösung auf der Hand: Die „Deprofessionalisierung der Ärzteschaft" müsse „für nichtig erklärt werden", man müsse das „falsche Denken" der politischen Entscheidungsträger „demaskieren". Dabei sei auf das Kreieren unnötiger Feindbilder – etwa der Ökonomie als Ganzes – zu verzichten. Einem fruchtbaren Dialog mit politischen Entscheidungsträgern stehe leider die innerliche Zerstrittenheit der Ärzteschaft im Wege, die mithin Teil des Problems sei („alle haben ihre Pfründe"). *Prof. Dr. Andreas Spickhoff* griff dies auf und erklärte, dass die Endlichkeit finanzieller Mittel ein Faktum sei; deshalb werde es immer Gewinner und Verlierer geben und deshalb werde auch weiterhin jeder Leistungserbringer auf sich selbst zu achten haben, solange – was freilich unrealistisch sei – keine gesellschaftliche Bereitschaft bestehe, unlimitierte Mittel bereitzustellen. Dem entgegnete *Prof. Dr. Giovanni Maio*, dass man nicht mehr Geld benötige, sondern verhindern müsse, dass dieses falsch verausgabt werde („Steuerungswirkung"); Ärzte bräuchten

ein auskömmliches Gehalt, das ihnen erlaube, sich „auf ihre Sache zu konzentrieren". Es bedürfe daher eines ärztlichen Festgehalts bei Streichung sonstiger finanzieller Anreize. Außerdem sei die Patientennähe zu stärken (erfahrungsgemäß würden patientennahe Allgemeinmediziner signifikant seltener verklagt – dies habe mit intakter Vertrauensbeziehung zu tun, welche durch „Gewinnmöglichkeiten" und damit Misstrauen schaffende Algorithmen nur gestört werde).

Dr. Daniel Grob merkte an, dass die zunehmende „Feminisierung" der Medizin aus seiner Sicht die Chance bieten könnte, wesentlicher Motor künftiger Entwicklungen und Veränderungen in der Medizin zu werden. *Prof. Dr. Gerhard Anton Müller* stimmte dem zumindest im Ansatz zu, mahnte jedoch zugleich ein gewisses Augenmaß in Bezug auf das Fortschreiten der femininer werdenden Medizin an.

Prof. Dr. Gunnar Duttge erinnerte an das Tagungsthema und fragte das Podium, was die Rechtswissenschaft konkret beitragen könne, um negative Tendenzen abzumildern und positive Anreize zu schaffen, freilich wissend, dass Recht auch immer eine „unheilvolle Tendenz" besitze. *Professor Dr. Andreas Spickhoff* erklärte, das Haftungsrecht habe bereits reagiert; soweit ein Übermaß vermieden werde, bekomme man die Dinge heute gut in den Griff. Im Bereich des Strafrechts solle man darüber nachdenken, schwere Organisationsmängel besser fassen zu können; anzustreben sei ein Zustand, in dem „Kausalität" und „Erfolg" nicht mehr die alleinigen Kriterien sind. Ob es hierzu der Pönalisierung von Organisationsmängeln bedürfe, wolle er nicht abschließend beurteilen. Das Hauptproblem liege derzeit ohnehin im Bereich des SGB V, aus welchem sich die Gebührenordnung für Ärzte sowie Krankenhausentgelte ergeben; hier gebe es vielfachen Änderungs- und Reformbedarf, dessen Abhilfe jedoch die Uneinigkeit der Ärzteschaft oft im Wege stehe. *Prof. Dr. Gerhard Anton Müller* antwortete dahingehend, dass das Recht gar nicht so sehr das Problem sei; schließlich werde gut gearbeitet und laufe viel weniger schief, als man angesichts der teils düsteren Ausführungen der vergangenen Stunden mutmaßen könnte. Er weise gerne darauf hin, dass die Zahl der Arzthaftungsfälle seit Jahren eher konstant bleibe. *Professor Dr. Giovanni Maio* bekräftigte, dass gute medizinische Versorgung innerhalb einer Vertrauensbeziehung stattfinden müsse; die dafür zu schaffenden Strukturen hätten die Unbeeinflusstheit von monetären Erwägungen zu garantieren. Das Recht habe insoweit versagt, als es die Korrumpierbarkeit von Ärzten bis dato fahrlässig gestatte. Dies sei zu ändern: Kein Arzt dürfe wegen geringer Fallzahlen vom System benachteiligt und finanziell schlechtergestellt werden.

Nach Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse durch den Moderator, Herrn *Rechtsanwalt Dr. Oliver Tolmein*, beschloss *Prof. Dr. Gunnar Duttge* das Kolloquium und rief alle beteiligten Professionen dazu auf, gemeinsam an einer Lösung der offenbar gewordenen Problemkreise mitzuwirken. Er kritisierte, dass es trotz intensiver Bemühungen nicht gelungen sei, einen Vertreter der Gesundheitspolitik für das Podium zu gewinnen. Zu beanstanden sei, wenn jene sich auf solche Weise ihrer Verantwortung und dem Diskurs zu entziehen suche. Er dankte allen Beteiligten für den informations-/ertragreichen und auch sonst gelungen Tag.

7. Fazit und Würdigung

Die vorskizzierten Diskussionslinien, sei es im Nachgang zu den einzelnen Vorträgen oder während des abschließenden Podiumsgesprächs zum Thema „Krankenhaus 2020 – Was wäre zu tun?“ ausgetauscht, haben – neben bekannten Positionen wie der ewigen Klage über steigende Bürokratie und knapper werdende Mittel – auch neue, innovative Gedanken und konkrete Verbesserungsvorschläge zum Vorschein gebracht. Einigkeit bestand überwiegend dahingehend, dass eine als allgegenwärtig empfundene Dauerpräsenz ökonomischen Denkens in der modernen (Krankenhaus-)Medizin zumindest in gewisser Hinsicht der (zurückdrängenden) Korrektur bedarf. Auch wenn mit Blick auf den grundsätzlichen Nutzen der Einführung von DRG's bei der Krankenhausvergütungsfindung kein Konsens zu erzielen war, so stimmten alle Experten doch darin überein, dass jedenfalls akute und geradezu handgreifliche Missstände des DRG-Systems (Begünstigung „blutiger Entlassungen“ und übertriebener „Rosinenpickereien“ bei der Auswahl „lukrativer“ Fälle) abgestellt werden müssen. Manche der geäußerten Ideen dürften für sensible Rezipienten – auch jenseits des explizit Geäußerten – diskussionsbedürftig geklungen haben, etwa die weitreichenden Reformvorschläge von *Prof. Dr. Giovanni Maio*, welche (zumindest nach dem Empfinden und Verständnis des Verfassers) in Richtung eines „bedingungslosen Grundeinkommens für Ärzte“ tendierten. Ob solche Konzepte in derartiger Grundsätzlichkeit politisch durchsetzbar und praktisch zielführend wären, darf im Einzelfall wohl zumindest hinterfragt werden.

Dies ändert aber nichts an der sich nachgerade aufdrängenden Überzeugungsgewalt der beobachteten und zur Verbesserung anempfohlenen Befunde in ihrer Gesamtheit. In besonderer Weise gilt dies in Bezug auf die juristischen Teilaspekte: Das Kolloquium hat deutlich gezeigt, dass in der Rechtspraxis gegenwärtig offenbar die Devise vorherrscht: „Je patientenferner, desto haftungsferner“ – sei es mit Blick auf das Zivil- oder das Strafrecht. Dass dies in einer Zeit fortschreitender Arbeitsteilung und auch hierarchischen Vorverlagerung der Entscheidungsfällung bzw. verbindlicher Vorabdefinierung grundlegender Rahmenbedingungen mit der materiellen Verantwortlichkeit zuweilen nicht hinreichend zu korrespondieren droht, liegt auf der Hand. Wer könnte dem behandelnden Arzt ein gewisses Hadern mit der Justiz verdenken, wenn er in Haftung genommen wird, die „wahren“ Entscheidungsträger und Weichensteller auf Leitungsebene hingegen – auch wenn, wie sich gezeigt hat, das Recht mitunter eine andere Verfolgungsintensität durchaus gestatten würde – in der Praxis meist unbehelligt bleiben? Dass größere Verwerfungen derzeit aufgrund von Nachweisschwierigkeiten oder durch eine eher laxe Ausschöpfung des Rechtsfolgenrahmens ausbleiben, kann dabei wenig beruhigen. Bedenkenswert erscheinen hier vielmehr die geäußerten konkreten Justierungsvorschläge zur Fahrlässigkeitsdogmatik und die geforderten Änderungen an der Art und Weise der Gerichtsgutachtenspraxis. Ob bei (schwerem) Organisationsverschulden – z.B. durch erweiternde Legalvermutungsregulierung bei Begünstigung abstrakt patientensicherheitsgefährdender Strukturen – eine stärkere Zivilhaftung geboten oder gar ein

genuiner Strafgrund zu etablieren ist, sollte sorgsam erwogen werden. Zu hoffen bleibt, dass das Kolloquium über den Tag hinausreichende Impulse setzen konnte, um so auch tatsächliche Verbesserungen zu fördern.

Anhang: Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser" in der Fassung vom 17. Dezember 2015, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.11.2016 B2) und in Kraft getreten am 16. November 2016

Präambel

[1]Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung sowie der Organisationsentwicklung. [2]Mit dem primären Ziel einer größtmöglichen Patientensicherheit sollen neben einer bewussten Patientenorientierung auch die Perspektiven der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure berücksichtigt werden.
[3]Die Richtlinie beschreibt die grundsätzlichen Anforderungen für eine erfolgreiche Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagement. [4]Dabei hat der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis insbesondere zur personellen und strukturellen Ausstattung zu stehen. [5]Die konkrete Ausgestaltung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements erfolgt spezifisch in jeder Einrichtung.
[6]Teil A dieser Richtlinie enthält die Rahmenbestimmungen, die gemeinsam für alle Sektoren gelten. [7]Teil B dieser Richtlinie enthält in den sektorspezifischen Abschnitten für den jeweiligen Sektor maßgebliche Konkretisierungen der Rahmenbestimmungen.

Gesetzliche Grundlagen

[1]Die an der stationären, vertragsärztlichen, vertragspsychotherapeutischen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sind nach § 135a Absatz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. [2]Mit der vorliegenden Richtlinie bestimmt der G-BA nach § 92 in Verbindung mit § 136 Absatz 1 Nummer 1 SGB V die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, wozu auch wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit gehören.

Teil A - Sektorenübergreifende Rahmenbestimmungen für die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungs-internes Qualitätsmanagement

§ 1 Ziele des Qualitätsmanagements

[1]Unter Qualitätsmanagement ist die systematische und kontinuierliche Durchführung von Aktivitäten zu verstehen, mit denen eine anhaltende Qualitätsförderung im Rahmen der Patientenversorgung erreicht werden soll. [2]Qualitätsmanagement bedeutet konkret, dass Organisation, Arbeits- und Behandlungsabläufe festgelegt und zusammen mit den Ergebnissen regelmäßig intern überprüft werden. [3]Gegebenenfalls werden dann Strukturen und Prozesse angepasst und verbessert. [4]Gleichzeitig soll die Ausrichtung der Abläufe an fachlichen Standards, gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen in der jeweiligen Einrichtung unterstützt werden. [5]Die Vorteile von Qualitätsmanagement als wichtiger Ansatz zur Förderung der Patientensicherheit sollen allen Beteiligten bewusst gemacht werden. [6]Eine patientenorientierte Prozessoptimierung sowie die Patientenzufriedenheit stehen im Mittelpunkt. [7]Zusätzlich soll Qualitätsmanagement dazu beitragen, die Zufriedenheit aller am Prozess Beteiligten zu erhöhen.

[8]Qualitätsmanagement muss für die Einrichtung, ihre Leitung und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für die Patientinnen und Patienten effektiv und effizient sein und eine Sicherheitskultur befördern. [9]Erkenntnisse aus und Ergebnisse von interner und externer Qualitätssicherung sind in das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement einzubinden.

[10]Ziele und Umsetzung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements müssen jeweils auf die einrichtungsspezifischen und aktuellen Gegebenheiten bezogen sein. [11]Sie sind an die Bedürfnisse der jeweiligen Patientinnen und Patienten, der Einrichtung und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzupassen. [12]Dabei können die Einrichtungen bei der Einführung und Umsetzung ihres Qualitätsmanagement-

Systems eine eigene Ausgestaltung vornehmen oder auf vorhandene Qualitätsmanagement-Verfahren bzw. -Modelle zurückgreifen.

§ 2 Grundlegende Methodik

[1]Qualitätsmanagement ist eine Führungsaufgabe, die in der Verantwortung der Leitung liegt. [2]Dabei erfordert Qualitätsmanagement die Einbindung aller an den Abläufen beteiligten Personen.
[3]Qualitätsmanagement ist ein fortlaufender Prozess und von der Leitung an konkreten Qualitätszielen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auszurichten. [4]Die Festlegung von Qualitätszielen für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sollte sich an den in § 3 genannten Grundelementen orientieren. [5]Für die Zielerreichung dienen die in § 4 aufgeführten Methoden und Instrumente. [6]Diese einrichtungsinternen Ziele sollen durch ein schrittweises Vorgehen mit systematischer Planung, Umsetzung, Überprüfung und gegebenenfalls Verbesserung erreicht werden, was auf dem Prinzip des sogenannten PDCA-Zyklus beruht. [7]Durch die Identifikation relevanter Abläufe, ihre sichere Gestaltung und ihre systematische Darlegung sollen Risiken erkannt und Probleme vermieden werden.
[8]Um die eigene Zielerreichung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements beurteilen zu können, sollten – wo möglich – Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Organisation und Versorgung gemessen und bewertet werden. [9]Kennzahlen und valide Qualitätsindikatoren dienen dazu, die Zielerreichung intern zu überprüfen und somit die individuelle Umsetzung in den Einrichtungen zu fördern. [10]Anonymisierte Vergleiche mit anderen Einrichtungen können dabei hilfreich sein. [11]Die Teilnahme an Fortbildungskursen zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement wird empfohlen.

§ 3 Grundelemente

Qualitätsmanagement umfasst insbesondere folgende grundlegenden Elemente:

- Patientenorientierung einschließlich Patientensicherheit,
- Mitarbeiterorientierung einschließlich Mitarbeitersicherheit,
- Prozessorientierung,
- Kommunikation und Kooperation,
- Informationssicherheit und Datenschutz,
- Verantwortung und Führung.

§ 4 Methoden und Instrumente

(1) [1]Die nachfolgenden Methoden und Instrumente sind etablierte und praxisbezogene Bestandteile des Qualitätsmanagements, die verpflichtend anzuwenden sind. [2]Auf die Anwendung einer aufgelisteten Methode und/oder eines aufgelisteten Instruments kann verzichtet werden, soweit die konkrete personelle und sächliche Ausstattung bzw. die örtlichen Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtungen oder sonstige medizinisch-fachlich begründete Besonderheiten der Leistungserbringung dem Einsatz der Instrumente offensichtlich entgegenstehen. [3]Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und lässt den Einrichtungen die Freiheit, zusätzlich weitere Qualitätsmanagement-Methoden und -Instrumente einzusetzen. [4]Die Möglichkeit des Verzichts nach Satz 2 gilt nicht für die Mindeststandards des Risikomanagements, des Fehlermanagements und der Fehlermeldesysteme, für das Beschwerdemanagement im Krankenhaus sowie für die Nutzung von Checklisten bei operativen Eingriffen, die unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärzten bzw. Ärztinnen oder die unter Sedierung erfolgen.

- Messen und Bewerten von Qualitätszielen

  Wesentliche Zielvorgaben zur Verbesserung der Patientenversorgung oder der Einrichtungsorganisation werden definiert, deren Erreichungsgrad erfasst, regelmäßig ausgewertet und gegebenenfalls Konsequenzen abgeleitet.
- Erhebung des Ist-Zustandes und Selbstbewertung

  Regelmäßige Erhebungen des Ist-Zustandes und Selbstbewertungen dienen der Festlegung und Überprüfung von konkreten Zielen und Inhalten des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.
- Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten

  [1]Die Organisationsstruktur, Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen werden schriftlich, beispielsweise durch eine Tabelle, Grafik oder ein Organigramm, festgelegt. [2]Dabei werden wesentliche Verantwortlichkeiten besonders für alle sicherheitsrelevanten Prozesse berücksichtigt.
- Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen

  [1]Die wesentlichen Prozesse der Patientenversorgung und der Einrichtungsorganisation werden einrichtungsspezifisch identifiziert, geregelt und beispielsweise in Form von Tabellen, Flussdiagrammen oder Verfahrensanweisungen dargestellt. [2]Dabei werden die Verantwortlichkeiten, besonders für alle sicherheitsrelevanten Prozesse, in die Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen aufgenommen und fachliche Standards berücksichtigt. [3]Die Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen stehen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung und werden in festzulegenden Abständen überprüft und bei Bedarf angepasst. [4]Alle beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen diese nachvollziehen und ihre jeweilige Aufgabe ableiten können.

- Schnittstellenmanagement

  [1]Ein systematisches Management an den Schnittstellen der Versorgung umfasst gezielte Kommunikation und abgestimmte Zusammenarbeit aller Beteiligten. [2]Für eine sichere und patientenorientierte Versorgung sollen besonders die Übergänge entlang der gesamten Versorgungskette so gestaltet werden, dass alle erforderlichen Informationen zeitnah zur Verfügung stehen und eine koordinierte Versorgung gewährleistet ist.
- Checklisten

  [1]In Checklisten werden Einzelaspekte eines Prozesses systematisiert, um deren verlässliche Umsetzung zu gewährleisten. [2]Dies ist bei sicherheitsrelevanten Prozessen von besonderer Bedeutung. [3]Das konsequente Anwenden von Checklisten, z. B. zur Vermeidung von Verwechslungen, unterstützt somit reibungslose Abläufe und ist ein bedeutsames Element einer Sicherheitskultur. [4]Bei operativen Eingriffen, die unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärztinnen bzw. Ärzten oder die unter Sedierung erfolgen, werden OP-Checklisten eingesetzt. [5]Diese OP-Checklisten sollen einrichtungsspezifisch entwickelt und genutzt werden sowie alle am Eingriff Beteiligten einbeziehen. [6]Insbesondere sind sie auf die Erkennung und Vermeidung unerwünschter Ereignisse und Risiken auszurichten, wie z. B. Patienten-, Eingriffs- und Seitenverwechslungen und schwerwiegende Komplikationen. [7]Gleichzeitig beinhalten sie Fragen zum Vorhandensein und zur Funktion des erforderlichen Equipments.
- Teambesprechungen

  Es werden regelmäßig strukturierte Besprechungen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bzw. Teams durchgeführt, die allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, aktuelle Themen und Probleme anzusprechen.
- Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen

  [1]Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen regelmäßig an Fortbildungen mit unmittelbarem Bezug zur eigenen Tätigkeit teilnehmen. [2]Art und Umfang der Fortbildungs- bzw. Schulungsmaßnahmen werden mit der Leitung einer Einrichtung abgestimmt und in ein auf die Mitarbeiterin und den Mitarbeiter abgestimmtes Konzept eingebunden.
- Patientenbefragungen

  [1]Die Einrichtung führt regelmäßig Patientenbefragungen durch und wertet diese aus. [2]Deren Ergebnisse geben der Leitung und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine Rückmeldung über die Patientenzufriedenheit und die Qualität der Versorgung aus Patientenperspektive sowie gegebenenfalls Anhaltspunkte für Verbesserungsmaßnahmen. [3]Möglichst sollten dafür validierte Patientenbefragungsinstrumente genutzt werden.
- Mitarbeiterbefragungen

  [1]Es werden regelmäßig möglichst anonyme Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. [2]Zweck der Befragung ist es, Informationen aus der Mitarbeiter-

perspektive zu ermitteln, um hieraus Veränderungsmaßnahmen – mit dem Ziel der Weiterentwicklung – abzuleiten.

- Beschwerdemanagement

[1]Die Einrichtung betreibt ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement mit geregelter Bearbeitung der Beschwerden. [2]Dazu gehört die Information der Patientinnen und Patienten über die persönliche oder anonyme Beschwerdemöglichkeit vor Ort. [3]Die Rückmeldungen werden analysiert, bewertet und gegebenenfalls Veränderungsmaßnahmen daraus abgeleitet. [4]Sofern möglich, erhalten die Beschwerdeführenden eine Rückmeldung über die gegebenenfalls eingeleiteten Maßnahmen.

- Patienteninformation und -aufklärung

[1]Zur Patienteninformation gehören Informations- und Aufklärungsmaßnahmen, die dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten besser im Behandlungsverlauf mitwirken und gezielt zur Erhöhung ihrer eigenen Sicherheit beitragen können. [2]Für den gezielten Einsatz im individuellen Arzt-Patient-Kontakt wird eine Zusammenstellung zuverlässiger, verständlicher Patienteninformationen sowie von Angeboten von Selbsthilfeorganisationen und Beratungsstellen gepflegt.

- Risikomanagement

[1]Risikomanagement dient dem Umgang mit potenziellen Risiken, der Vermeidung und Verhütung von Fehlern und unerwünschten Ereignissen und somit der Entwicklung einer Sicherheitskultur. [2]Dabei werden unter Berücksichtigung der Patienten- und Mitarbeiterperspektive alle Risiken in der Versorgung identifiziert und analysiert sowie Informationen aus anderen Qualitätsmanagement-Instrumenten, insbesondere die Meldungen aus Fehlermeldesystemen genutzt. [3]Eine individuelle Risikostrategie umfasst das systematische Erkennen, Bewerten, Bewältigen und Überwachen von Risiken sowie die Analyse von kritischen und unerwünschten Ereignissen, aufgetretenen Schäden und die Ableitung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen. [4]Ein relevanter Teil der Risikostrategie ist eine strukturierte Risikokommunikation.

- Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme

[1]Der systematische Umgang mit Fehlern („Fehlermanagement“) ist Teil des Risikomanagements. [2]Zum Fehlermanagement gehört das Erkennen und Nutzen von Fehlern und unerwünschten Ereignissen zur Einleitung von Verbesserungsprozessen in der Praxis. [3]Fehlermeldesysteme sind ein Instrument des Fehlermanagements. [4]Ein Fehlerberichts- und Lernsystem ist für alle fach- und berufsgruppenübergreifend niederschwellig zugänglich und einfach zu bewerkstelligen. [5]Ziel ist die Prävention von Fehlern und Schäden durch Lernen aus kritischen Ereignissen, damit diese künftig und auch für andere vermieden werden können. [6]Die Meldungen sollen freiwillig, anonym und sanktionsfrei durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgen. [7]Sie werden systematisch aufgearbeitet und Handlungsempfeh-

lungen zur Prävention werden abgeleitet, umgesetzt und deren Wirksamkeit im Rahmen des Risikomanagements evaluiert.

(2) Im Rahmen des Qualitätsmanagements werden insbesondere folgende Anwendungsbereiche geregelt:

- Notfallmanagement

  [1]Es wird eine dem Patienten- und Leistungsspektrum entsprechende Notfallausstattung und Notfallkompetenz, die durch regelmäßiges Notfalltraining aktualisiert wird, vorgehalten. [2]Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind im Erkennen von und Handeln bei Notfallsituationen geschult.

- Hygienemanagement

  [1]Hygienemanagement umfasst den sachgerechten Umgang mit allen hygieneassoziierten Strukturen und Prozessen einer Einrichtung und dient der Verhütung und Vorbeugung von Infektionen und Krankheiten. [2]Dazu gehören z. B. auch der sachgerechte Einsatz antimikrobieller Substanzen sowie Maßnahmen gegen die Verbreitung multiresistenter Erreger.

- Arzneimitteltherapiesicherheit

  [1]Arzneimitteltherapiesicherheit ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für die Patientin und den Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern.

  [2]Die Einrichtung soll bei der Verordnung und Verabreichung von Arzneimitteln

- vermeidbare Risiken, die im Rahmen der Arzneimitteltherapie entstehen, durch geeignete Maßnahmen identifizieren,
- durch geeignete Maßnahmen sicherstellen, dass einschlägige Empfehlungen im Umgang mit Arzneimitteln bekannt sind und
- sicherstellen, dass angemessene Maßnahmen ergriffen werden, um Risiken im Medikationsprozess zu minimieren.

- Schmerzmanagement

  Bei Patientinnen und Patienten mit bestehenden sowie zu erwartenden Schmerzen erfolgt ein Schmerzmanagement von der Erfassung bis hin zur Therapie, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie reduziert oder beseitigt.

- Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen bzw. Sturzfolgen

  [1]Sturzprophylaxe hat zum Ziel, Stürzen vorzubeugen und Sturzfolgen zu minimieren, in dem Risiken und Gefahren erkannt und nach Möglichkeit beseitigt oder reduziert werden. [2]Dazu gehören Maßnahmen zur Risikoeinschätzung und vor allem adäquate Maßnahmen zur Sturzprävention.

§ 5 Dokumentation

[1]Die Einrichtungen haben die Umsetzung und Weiterentwicklung ihres Qualitätsmanagements im Sinne einer Selbstbewertung regelmäßig zu überprüfen. [2]Die Ergebnisse der Überprüfung sind für interne Zwecke zu dokumentieren.

§ 6 Erhebung und *Darlegung* des Stands der Umsetzung und Weiterentwicklung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement

(1) [1]Das Institut gemäß § 137a SGB V wird vom G-BA beauftragt, methodische Hinweise und Empfehlungen zu entwickeln, die insbesondere folgende Aspekte betreffen:
- Größe des jeweils repräsentativen Stichprobenumfangs,
- Länge der Erhebungsintervalle,
- Struktur und Inhalte der Erhebungsinstrumente einschließlich Anforderungen an deren Dokumentation,
- Kriterien für die Auswertung und Bewertung der Ergebnisse,
- gegebenenfalls zusätzliche von den Leistungserbringern beizubringende Dokumentationen,
- Instrumente zur Unterstützung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (z. B. Beratungsgespräch, Abschluss von Zielvereinbarungen),
- Struktur, Inhalte, Dokumentationsanforderungen und Laienverständlichkeit der Berichte gemäß Absatz 4.

[2]Bei der Entwicklung der methodischen Hinweise und Empfehlungen sind gegebenenfalls relevante Besonderheiten in den einzelnen Versorgungssektoren insbesondere dann zu beachten, wenn sie der Ausschöpfung von sektorspezifischen Qualitätsverbesserungspotenzialen dienen. [3]Bereits aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen vorhandene Informationsquellen, die eine einrichtungsbezogene Auskunft über den Stand der Einführung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement geben, sowie bereits auf anderer gesetzlicher Grundlage bestehende Regelungen zur Förderung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement sind zu berücksichtigen.

(2) [1]Der G-BA beschließt unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Absatz 1 die konkreten Vorgaben für die regelmäßige Erhebung und Darlegung des aktuellen Stands der Umsetzung und Weiterentwicklung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement gemäß der Richtlinie. [2]Die an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sowie die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an der für die Darlegung erforderlichen Erhebung zu beteiligen. [3]Die für die Darlegung des Umsetzungsstandes erforderlichen Erhebungen erfolgen auf der Basis einer jeweils repräsentativen

Stichprobe von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sowie Krankenhäusern.

(3) [1]Die Durchführung der Erhebung nach den Vorgaben gemäß Absatz 2 obliegt a) in den Vertragsarztpraxen den Kassenärztlichen Vereinigungen, b) in den Vertragszahnarztpraxen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, c) in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern den Landeskrankenhausgesellschaften. [2]Die Institutionen auf Landesebene gemäß Satz 1 können Dritte mit der Durchführung der Erhebung beauftragen.

(4) [1]Die Ergebnisse der Erhebung gemäß Absatz 2 sind dem G-BA regelmäßig zu berichten. [2]Hierzu erhält der G-BA für den vertragsärztlichen, den vertragszahnärztlichen und den stationären Sektor jeweils einen Bericht von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) bzw. der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), in dem die Ergebnisse in den einzelnen Bundesländern sowohl zusammenfassend als auch vergleichend dargestellt werden.

(5) Der G-BA führt die Berichte gemäß Absatz 4 einschließlich einer laienverständlichen Kommentierung im Internet in einer Veröffentlichung zusammen.

(6) [1]Sobald das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V erstmals gemäß § 137a Absatz 3 Nummer 7 SGB V Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln entwickelt und über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form informiert hat, sollen diese bei der Methodik der Erhebung berücksichtigt werden. [2]Der G-BA passt die Regelungen zur Erhebung und Berichterstellung, sofern erforderlich, an.

(7) Der G-BA evaluiert die Regelungen dieser Richtlinie insbesondere auf Basis der Berichte nach Absatz 4 und passt die Regelungen, sofern erforderlich, an.

§ 7 Übergangsregelungen

Bis der G-BA die Vorgaben für die regelmäßige Erhebung und Darlegung gemäß § 6 Absatz 2 beschlossen hat, gilt Folgendes:

1. Stationäre Versorgung
Die Krankenhäuser berichten in ihren strukturierten Qualitätsberichten gemäß § 136b Absatz 1 Nummer 3 SGB V über den jeweiligen Stand der Umsetzung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

2. Vertragsärztliche Versorgung
[1]Die Kassenärztlichen Vereinigungen fordern mindestens 2,5 % zufällig ausgewählte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu einer schriftlichen Darlegung des erreichten Umsetzungsstandes des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ihrer Praxis auf. [2]Die Ergebnisse sind der KBV zu melden, die dem G-BA über den Umsetzungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in den ärztlichen Praxen berichtet. [3]Da die Ergebnisse der bisherigen Erhebungen stabil sind, erfolgt die Darlegung gegenüber dem G-BA zweijährlich, erstmals für das Jahr 2017, jeweils bis zum 30. April des Folgejahres. [4]Die Darlegung umfasst mindestens Angaben zum Umsetzungsstand und zu den ergriffenen Maßnahmen im Sinne von § 4 sowie entsprechende Unterlagen. [5]Falls die eingereichten Unterlagen für eine Bewertung nicht ausreichen, kann die Qualitätsmanagement-Kommission der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung weitere Unterlagen von den zufällig ausgewählten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten anfordern oder sie auffordern, ihre Maßnahmen zur Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements mündlich vor der Kommission darzulegen. [6]Kommt die Qualitätsmanagement-Kommission bei ihrer Bewertung mehrheitlich zu dem Ergebnis, dass der vorgegebene Umsetzungsstand des Qualitätsmanagements noch nicht erreicht ist, berät sie die jeweiligen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, wie der erforderliche Stand in einem angemessenen Zeitraum erreicht werden kann.

3. Vertragszahnärztliche Versorgung
[1]Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen fordern jährlich mindestens 2,0 % zufällig ausgewählter Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte zur Vorlage einer schriftlichen Dokumentation auf. [2]Die Ergebnisse sind der KZBV zu melden, die dem G-BA zweijährlich, erstmals für das Jahr 2017, jeweils bis zum 31. Juli des Folgejahres über den Umsetzungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in den zahnärztlichen Praxen berichtet.

Teil B - Sektorspezifische Konkretisierungen der Rahmenbestimmungen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

I. Stationäre Versorgung

Teil B Abschnitt I dieser Richtlinie beschreibt die für die stationäre Versorgung über die Rahmenbestimmungen hinausgehenden oder konkretisierenden Inhalte des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

§ 1 Qualitätsmanagement in der stationären Versorgung

[1]Qualitätsziele als Bestandteil der Unternehmenspolitik sollen zu den Unternehmenszielen aufgenommen werden. [2]Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement sind Führungsaufgabe und werden von der Führungsebene verantwortet, dabei haben leitende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Vorbildfunktion. [3]Es soll ein übergeordnetes zentrales, berufsgruppenübergreifendes Gremium mit enger Einbindung der Krankenhausleitung genutzt werden. [4]Es unterstützt und koordiniert die Umsetzung von Qualitätsmanagement und klinischem Risikomanagement im Krankenhaus. [5]Voraussetzungen für ein funktionsfähiges Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement sind aufbau- und ablauforganisatorische Rahmenbedingungen, die an den speziellen Verhältnissen vor Ort auszurichten sind, wobei Doppelstrukturen von Qualitäts- und Risikomanagement möglichst zu vermeiden sind. [6]Als Instrumente des klinischen Risikomanagements im Krankenhaus sind z. B. Fehlermeldesysteme, Risiko-Audits, Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen oder Fallanalysen zu nennen. [7]Die Schaffung entsprechender hygiene- und infektionsmedizinisch-assoziierter Strukturen und Prozesse im Krankenhaus ist Voraussetzung für die Gewährleistung der Patientensicherheit. [8]Zur sachgerechten Umsetzung sind eine konsequent eingehaltene (Basis-)Hygiene, eine aussagekräftige Surveillance und der gezielte und kontrollierte Umgang mit Antibiotika durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter notwendig.

§ 2 Bestimmung zu einrichtungsübergreifenden Fehlermel-desystemen

[1]Gemäß § 136a Absatz 3 Satz 3 SGB V bestimmt der G-BA als Grundlage für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen. [2]Diese Anforderungen sind in einer separaten Bestimmung des G-BA dargelegt.

II. Vertragsärztliche Versorgung

Teil B Abschnitt II dieser Richtlinie beschreibt die für die vertragsärztliche Versorgung über die Rahmenregelungen hinausgehenden oder konkretisierenden Inhalte des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

§ 1 Geltungsbereich

[1]Alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten sowie Medizinische Versorgungszentren sind verpflichtet, einrichtungsintern Qualitätsmanagement umzusetzen und weiterzuentwickeln. [2]Bei Kooperationsformen im vertragsärztlichen Bereich wie z. B. Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren ist der Bezugspunkt der Qualitätsmanagement-Anforderungen nicht die einzelne Vertragsärztin oder der einzelne Vertragsarzt innerhalb der Kooperationsform, sondern die Einrichtung als solche. [3]Dabei ist sicherzustellen, dass alle relevanten Prozesse und Strukturen, insbesondere mit Bezug zur Patientenversorgung, im Qualitätsmanagement abgebildet werden.

§ 2 Zeitrahmen

Die in Teil A § 4 aufgeführten Methoden und Instrumente sind innerhalb von drei Jahren nach Zulassung bzw. Ermächtigung der an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden in der Einrichtung umzusetzen und zu überprüfen sowie im Anschluss kontinuierlich weiterzuentwickeln.

§ 3 Umsetzung der Anforderungen

[1]Die Umsetzung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements kann schrittweise, in frei gewählter Reihenfolge der Instrumente, erfolgen. [2]Einrichtungen, in denen mehrere Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte tätig sind, sollen eine/einen für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zuständige Vertragsärztin bzw. zuständigen Vertragsarzt benennen. [3]Zusätzlich wird empfohlen, eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter mit der Koordination des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu beauftragen.

III. Vertragszahnärztliche Versorgung

[1]Teil B Abschnitt III dieser Richtlinie beschreibt die für die vertragszahnzahnärztliche Versorgung über die Rahmenbestimmungen hinausgehenden oder konkretisierenden Inhalte des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. [2]Bei Kooperationsformen (wie z. B. Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren) ist Bezugspunkt der Qualitätsmanagement-Anforderungen dabei nicht die einzelne Vertragszahnärztin oder der einzelne Vertragszahnarzt, sondern immer die zahnärztliche Einrichtung als solche.

§ 1 Umsetzung der Anforderungen von Qualitätsmanagement

[1]Qualitätsmanagement muss neben Effektivität und Effizienz für Praxisleitung und Praxismitarbeiter sowie für die Patientinnen und Patienten nützlich, hilfreich und möglichst unbürokratisch sein. [2]Es bedarf zur Erreichung der jeweiligen Qualitätsziele der Bereitstellung von entsprechenden und ausreichenden personellen und finanziellen Ressourcen durch die Leitung, die jeweilig von den spezifischen Gegebenheiten in der zahnärztlichen Einrichtung abhängen.
[3]Die Umsetzung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements kann schrittweise, in frei gewählter Reihenfolge der Instrumente, erfolgen. [4]Es ist dabei sicherzustellen, dass das in der zahnärztlichen Einrichtung eingesetzte Qualitätsmanagement-System alle Grundelemente von Qualitätsmanagement (Teil A § 3) berücksichtigt.
[5]Einrichtungen, in denen mehrere Vertragszahnärztinnen oder Vertragszahnärzte tätig sind, sollen eine/einen für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zuständige Vertragszahnärztin/zuständigen Vertragszahnarzt benennen. [6]Zusätzlich wird empfohlen, wenn möglich eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter mit der Koordination des einrichtungsinternen Qualitätsmanagement zu beauftragen.

§ 2 Zeitrahmen

Die in Teil A § 4 aufgeführten Methoden und Instrumente sind innerhalb von drei Jahren nach Zulassung bzw. Ermächtigung der an der vertragszahnärztlichen Versorgung Teilnehmenden in der Einrichtung umzusetzen und zu überprüfen sowie im Anschluss kontinuierlich weiterzuentwickeln.

§ 3 Qualitätsmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung

[1]Bei der Ausrichtung aller Praxisabläufe sind insbesondere die folgenden gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen zu beachten:

- Allgemeine Behandlungsrichtlinien,
- IP-Richtlinien,
- FU-Richtlinien,
- ZE-Richtlinien,
- Festzuschuss-Richtlinien,
- KFO-Richtlinien,
- Bundesmantelverträge BMV-Z/EKV-Z,
- Röntgenverordnung,
- Vorgaben zur Einhaltung von Hygienemaßnahmen für Zahnarztpraxen.

[2]Zu den Methoden und Instrumenten des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (vgl. Teil A § 4) sind unter Berücksichtigung der Besonderheiten der individuellen Praxisstruktur folgende ergänzende sektorspezifische Hinweise im vertragszahnärztlichen Bereich zu beachten:

- Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen

  Dazu zählen beispielsweise auch die Regelung von Öffnungszeiten, Erreichbarkeit, Terminvergabe, Datenschutz und Datensicherheit sowie die beim vertragszahnärztlichen Gutachterwesen einzuhaltenden Abläufe.

- Schnittstellenmanagement

  Dazu zählen bei zahnärztlichen Einrichtungen nach außen vor allem die Abstimmung mit den anderen zahnmedizinischen und den ärztlichen Fachrichtungen sowie die Koordination zwischen zahnärztlicher Einrichtung und zahntechnischem Labor.

- Teambesprechungen

  [1]Häufigkeit, Art und Umfang der Team-Besprechungen richten sich nach den fachlichen, organisatorischen und personellen Gegebenheiten der zahnärztlichen Einrichtung. [2]So ist z. B. bei einer kleineren Praxis mit wenig Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Kontaktdichte und der daraus resultierende direkte Informationsfluss ein viel höherer als bei größeren Einrichtungen, mit Teilzeitkräften oder bei Schichtarbeit. [3]Die Ergebnisse der Besprechungen sollen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung stehen.

- Beschwerdemanagement

  Im Rahmen des Beschwerdemanagements in einer zahnärztlichen Einrichtung ist es sinnvoll auch den Umgang mit eventuellen Mängelgutachten (z. B. individuelle Handhabung der Abläufe, Zusammenstellung und Vollständigkeit von relevanten Unterlagen) und den Ergebnissen daraus (z. B. Ableitung von eventuellen Verbesserungsmöglichkeiten) festzulegen.

- Patienteninformation und -aufklärung

  Im zahnärztlichen Bereich spielt Prävention eine wesentliche Rolle, dieser ist daher bei Patienteninformation und -aufklärung ein besonderer Stellenwert einzuräumen, damit die Patientinnen und Patienten ihren Teil zur Vermeidung einer Behandlung beitragen können.

[3]Weitere Qualitätsmanagement-Instrumente sind:

- Praxishandbuch

  [1]Als Buch oder EDV-gestützt enthält dieses alle wichtigen Regelungen für die zahnärztliche Einrichtung. [2]Es wird regelmäßig aktualisiert.

§ 4 Erhebung und Darlegung des Stands der Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements

[bis zum G-BA-Beschluss nach Teil A § 6 Abs. 2 unbesetzt]

Autorenverzeichnis

Maria Inés Cartes, Dr. med., MHM, MBA, Leiterin der Stabsstelle für Strategisches Risikomanagement und Patientensicherheit der Medizinischen Hochschule Hannover

Gunnar Duttge, Prof. Dr. jur., Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Medizinrecht, Direktor der Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht (Institut für Kriminalwissenschaften) und Ordinarius für Strafrecht, Strafprozessrecht und Medizinstrafrecht an der Juristischen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen

Martin Gerhard, Ass. jur., Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Kriminalwissenschaften, Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und Medizinstrafrecht (Prof. Dr. G. Duttge), Juristische Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen

Siegfried Geyer, Prof. Dr. phil., Leiter der Forschungs- und Lehreinheit Medizinische Soziologie und apl. Professor an der Medizinischen Hochschule Hannover

Daniel Grob, Dr. med., MHA, Facharzt für Innere Medizin spez. Geriatrie FMH und ehemaliger medizinischer Direktor des Stadtspitals Waid in Zürich (Schweiz)

Jennifer Koch, Dipl.-Jur. Univ., Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und Rechtsphilosophie (Prof. Dr. H. Kudlich) der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Hans Kudlich, Prof. Dr. jur., Ordinarius für Strafrecht, Strafprozessrecht und Rechtsphilosophie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Rainer Nustede, Prof. Dr. med., Oberarzt am Zentrum für Kinderchirurgie und Vorsitzender des Elternvereins Kinderchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

Klaus Ulsenheimer, Prof. Dr. jur. Dr. rer. pol., apl. Professor für Strafrecht und Strafprozessrecht an der Ludwig-Maximilians-Universität München und Rechtsanwalt im Münchener Büro der Sozietät Ulsenheimer Friederich Rechtsanwälte

Werner Vogd, Prof. Dr. hum. biol., Lehrstuhl für Soziologie an der Fakultät für Kulturreflexion der Universität Witten/Herdecke

Die organisatorischen Anforderungen an eine fehlerfreie und effektive Versorgung der Patienten innerhalb eines Großklinikums sind hoch: Trotz aller Bemühungen um eine Verbesserung der Prozessqualität und Etablierung von Risikomanagement- und Reportingsysteme besteht der allgemein Eindruck, dass die Abläufe und kommunikativen Herausforderungen nach wie vor – noch dazu ob des gewachsenen Einflusses des ökonomischen Faktors – fehleranfällig sind: im Zweifel zum Schaden der Patienten. Die Thematik, die eine medizin- und organisationssoziologische, eine ökonomische und nicht zuletzt eine (straf-)rechtliche Dimension hat, war Gegenstand der traditionellen Jahrestagung des Göttinger Instituts für Kriminalwissenschaften im Juli 2016.



ISBN: 978-3-86395-317-1
eISSN: 2512-7047

Universitätsverlag Göttingen